FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fech
4006757328	2

DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.Tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	

Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6.Apellidos y nombres			
CUENCA (Primer apellido)	PEDROZA (Segundo apellido)	JHOAN (Primer nombre)	F (Segu
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de na**
CC	1079178250	Femenino ☐ Masculino ☒	2|2|

DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos poblacionales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion espec
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de c
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	908526

18.Residencia			
CL 11 NRO 28 15 Dirección	Telefono fijo	3144910325 Telefono celular	JFABIANCUENCAP@HOTMAIL.COM Correo electronico
CUMARAL Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	META Departamento

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo no
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de na**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo
1			
2			
3			
4			
5			

25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimient
		Femenino	Masculino	
1				
2				
3				
4				
5				

Datos complementarios

Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condi T
1					
2					
3					
4					
5					

Datos de residencia

Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de l adicional (a re
1					
2					
3					
4					
5					

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
1	MULTISALUD CUMARAL - MULTISALUD CUMARAL	MULTICUMAR - MULTICUMAR
2	-	-
3	-	-
4	-	-

DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL

Nombre o razón social	36. Tipo de	37. Numero de documento de Identificación	38. Tipo de aportante c

Nc

B. REPORTE DE NOVEDADES

). Tipo de Novedad

-] **1.** Modificación datos básicos de identificación
-] **2.** Corrección datos básicos de identificación
-] **3.** Actualización documento de identidad
-] **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
-] **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ **6.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colec
- ☐ **12.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones
- ☐ **13.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **14.**Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **15.** Reporte de fallecimiento
- ☐ **16.**Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

I. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

1. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo no

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2|4|0|6|2|0|2|1

43.EP[illegible]erior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

II. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.

48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. ☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus fi

52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 2013

53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

III. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colec de oficio

X.ANEXOS

☐ **56.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia ju terminación de la union marital.

☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

☐ **61.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

☐ **62.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

☐ **63.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

☐ **64.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

☐ **65.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69.

0. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo no

71 Firma del funcionario