ANAS WAYUU E.P.S.I. SEGUIMIENTO

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

ANAS WAYUU E.P.S.I. Empresa Promotora de Salud Indígena. Juntos Construimos Salud

| No. De Radicación | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 06417 | 1 3 0 1 2 0 2 2 |



**I. DATOS DEL TRAMITE** (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

| 1. Tipo de Trámite | 2. Tipo de Afiliacion | 3. Régimen |
|---|---|---|
| A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☑ | A. Individual : - Cotizante o Cabeza de Familia ☑ - Beneficairio o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐ | A. Contributivo ☑ B. Subsidiado ☐ |

| 4. Tipo de afiliado | 5. Tipo de cotizante | Código (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| A. Cotizante ☑ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ | A. Dependiente ☐ B. Independiente ☑ C. Pensionado ☐ | 03 |

**A. AFILIACIÓN**

**II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)**

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| ORELLANO | DE LA ROSA | DANNA | CAROLINA |
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 1124072806 | Femenino ☑ Masculino ☐ | 2 1 0 7 1 9 9 8 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

**Datos personales**

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| 0 | Tipo F N M Condición T P | | |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16, Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización - IBC |
|---|---|---|
| | PROTECCION | 1,117,000 |

**18. Residencia**

| Direccion | Telefono Fijo | Telefono celular | Correo electrónico |
|---|---|---|---|
| CLL 14 N29-77 | | 3246807803 | dorellanodl@gmail.com |

| Municipio/Distrito | Zona | Localidad/Comuna | Departamento |
|---|---|---|---|
| MAICAO | Urbana ☑ Rural ☐ | DIVINO NIÑO | LA GUAJIRA |

**IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR**

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

| 19. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | 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 Nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo Femenino | 27. Sexo Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

**Datos complementarios**

| | 29. Parentesco | 30, Etnia | 31. Discapacidad Tipo F | N | M | Condición T | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

| | 32. Datos de residencia Municipio/Distrito | Zona Urbana | Zona Rural | Departamento | Telefono Fijo y/o Celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | |
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

**Selección de la IPS Primaria**

| | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | IPSI ASOCABILDOS | |
| B | | |
| B | | |
| B | | |

**V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| DANNA CAROLINA ORELLANO DE LA ROSA | NIT | 1124072806-9 | PROTECCION |

| Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio/Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| CLL14 N 29-77 | 3246807803 | dorellanodl@gmail.co m | MAICAO | LA GUAJIRA |

Vigilada Supersalud

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

**41. Datos básicos de identificación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| ORELLANO | DE LA ROSA | DANNA | CAROLINA |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|
| CC | 1124072806 | Femenino [x] sculino [ ] | 21071998 | 13012022 |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|
| ANAS WAYUU EPSI | Código [ ] | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ]
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no intemeción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [x] 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 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

## VIII. FIRMAS

X Danna Orellano

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

## IX. ANEXOS

| | CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [x] 56. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad : | | | | 1 | | | | | Total 1 |

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos 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 conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial | | 67. Datos del SISBÉN | | | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del Municipio | Código del Departamento | Número de ficha | Puntaje | Nivel | DD MM AAAA | DD MM AAAA |
| | | | | | | |

**70. Datos del funcionario que realiza la validación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad |
|---|---|
| | |

**OBSERVACIONES:** PROCESO DE MOVILIDAD DECRETO 3047/2013 REGIMEN CONTRIBUTIVO ANAS WAYUU E.P.S.I.

ANAS WAYUU E.P.S.I.

RECIBIDO D 13 M 01 A 22.

Hora:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

VIGILADO Supersalud