# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

| No. de Radicación | Fecha de Radicación |
|---|---|
| | 05 03 2019 |

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

| 1. Tipo de trámite | 2. Tipo de Afiliación | | 3. Régimen | 4. Tipo de afiliado | Código (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación [X] | A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] | B. Colectiva [ ] | A. Contributivo [ ] | A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] | 59 |
| B. Reporte de Novedades [ ] | • Beneficiario o afiliado adicional [ ] | C. Institucional [ ] D. De oficio [ ] | B. Subsidiado [ ] | 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [X] | |

## A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

| 6. Apellidos y nombres | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Primer Apellido: Saavedra | Segundo Apellido: acevedo | Primer Nombre: Jhonatan | Segundo Nombre: | |
| **7. Tipo de documento de identidad** | **8. Número de documento de identidad** | **9. Sexo** | **10. Fecha de nacimiento** | |
| C.C | 1012378505 | Femenino [ ] Masculino [X] | 10 09 1991 | |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P) | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | POSITIVA | PROTECCION |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 929116 | Trav 79C N°65a 16 Sur. | | | | 3134089084 |
| Correo electrónico: Inseparkedacevedo@gmail.com | Municipio / Distrito: Bogotá | Zona Urbana [X] Rural [ ] | Departamento: Bogotá DC. | | Teléfono celular |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

| 19. Apellidos y nombres | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre: 1012378505 | Segundo Nombre | |
| **20. Tipo de documento de identidad** | **21. Número de documento de identidad** | **22. Sexo** Femenino [ ] Masculino [ ] | **23. Fecha de nacimiento** | |

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

| | 24. Apellidos y nombres | | | | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número de documento de identidad | 27. Sexo | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | | | Femenino | Masculino |
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

| | 28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A) | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo (F N M) Condición (T P) | Municipio / Distrito | 32. Datos de residencia Zona Urbana | Zona Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC 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) |
|---|---|---|
| Cot. | | |
| B | | 110 |
| B | | |
| B | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN 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 pensiones (a registrar por la EPS) |

**39. Ubicación**

| Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

1. Modificación datos básicos de identificación ☐
2. Corrección datos básicos de identificación ☐
3. Actualización 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 ☐
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 ☐
13. Movilidad:
    A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐
14. Traslado:
    A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐
15. Reporte por 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 |

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | D D M M A A A A | D D M M A A A A |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|
| COMP. | Código | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐
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 internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐
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. ☐
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 por sus funciones la requieran. ☐
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 ☐
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☐

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio |
|---|---|
| | 1123785052 |

## IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant. ☐ RC ☐ Cant. ☐ TI ☐ Cant. ☐ CC ☐ Cant. ☐ PA ☐ Cant. ☐ CE ☐ Cant. ☐ CD ☐ Cant. ☐ SC ☐ Cant. ☐ Total ☐
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 la ficha ☐ Puntaje ☐ Nivel ☐ | D D M M A A A A | D D M M A A A A |

| 70. Datos del funcionario que realiza la validación | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | 71. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| | | |

**OBSERVACIONES:**

ACTIVO - 1 EN 1/19
VENCIDO X PLANILLA DOC OK SISBEN

05 MAR 2019
Cód 657 Maria Angelica
SUJETO A VERIFICACION

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
VIGILADO SuperSubsidio
cadena s.a.