Cruz Blanca E.P.S.

NIT. 830.009.783-0
www.cruzblanca.com.co
CÓDIGO 023

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No.4001142149

Lea atentamente las instrucciones que se encuentran anexas antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: a) Cotizante o Cabeza de Familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código:
Fecha de Solicitud: D D M M A A A A

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres: Primer apellido: Cabiativa; Segundo apellido: Saimiento; Primer nombre: Jovany; Segundo nombre: Antonio
7. Tipo documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 79869599
9. Sexo: Masculino [X] Femenino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 06 11 1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo F N M; Condición T P
13. Puntaje SISBÉN:
14. Grupo de población especial:
15. Admin. de Riesgos Laborales - ARL: Sura
16. Administradora de Pensiones: Porvenir
17. Ingreso base cotización IBC: 1'000.000.
18. Ubicación o Dirección de Residencia: Calle 128A BIS A 92-12
Zona: Urbana [X] Rural [ ]
Localidad / Comuna: Suba
Barrio: Kirion
Ciudad / Municipio: Bogotá
Departamento: Bogotá
Teléfono fijo: 6226065
Teléfono celular: 3118200313
Correo electrónico: giovanni-cabiativa@hotmail.com
Código IPS: 5354

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; Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad:
21. Número documento de identidad:
22. Sexo: F M
23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

	24. Apellidos y nombres completos de los beneficiarios	25. Tipo documento	26. Número de identidad	27. Sexo F	27. Sexo M	28. Fecha de nacimiento Día	Mes	Año	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición
1											F N M	T P
2											F N M	T P
3											F N M	T P
4											F N M	T P

	32. Datos de residencia: Ciudad /Mpio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono celular	33. Valor UPC afiliado adic. (lo diligencia la EPS)	34. Nombre y Código de la IPS
1			R U				
2			R U				
3			R U				
4			R U				

EMPLEADOR

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

35. Nombre o razón social: Jovany Antonio Cabiativa Saimiento
36. Tipo de Identificación: CC
37. Número de identificación: 79869599
DV:
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones:
39. Ubicación o dirección: Calle 128A BIS A #92-12
Teléfono fijo: 6226065
Teléfono celular: 3118200313
Ciudad /Municipio: Bogotá
Departamento: Bogotá
Correo electrónico: giovanni-cabiativa@hotmail.com

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 perdida 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 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.

VIGILADO Supersalud

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer apellido; Segundo apellido; Primer nombre; Segundo nombre
Tipo documento de identidad:
Número documento de identidad:
Sexo: F M
Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
42. Fecha (apartir de): 15 02 2019
43. EPS anterior:
44. Motivo de traslado: Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [X] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
- [X] 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.
- [X] 49. Declaración de no internación 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

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: 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 del 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.

SEDE Cruz Blanca E.P.S.
REGIONAL CUNDINAMARCA
15 FEB 2019
CHICÓ NAVARRA
OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código de Municipio; Código del Departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de ficha; Puntaje; Nivel
68. Fecha radicación: D D M M A A A A
69. Fecha de validación: 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 documento identidad:
Número documento de identidad:
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

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.
Señor afiliado, no olvide firmar el formulario, junto con el empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos que se requiera

IMPRESO POR ORIGINAL EDITORES E.U. NIT. 830.035.067-5 TEL. (571) 311 7775 BOGOTÁ
Versión 2 - Agosto 2017