FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4009174133	2|8|1|0|2|0|2|2

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ **B.**Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☐ -Beneficiario afiliado adicional ☒
B. Institucional ☐ **B.** De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ **B.**Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante **B.** Cabeza de Familia **C.** Beneficiario

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente **B.** Independiente **C.** Pensionado

Codigo
(a registrar por la EPS) 3

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
HURTADO		DIEGO	

7.Tipo documento de Identidad: CC
8.Número del documento de Identidad: 1151441195
9.Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒
10.Fecha de nacimiento: 1|0|1|1|1|9|8|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia: 6
12.Discapacidad — Tipo: — Condicion:
13.Puntaje SISBEN:
14.Grupo de poblacion especial:

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL:
16. Administradora de Pensiones:
17. Ingreso base de cotizacion - IBC: 1000000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 84 1 A 1 258		3164196482	INDEPENDIENTEFC01@GMAIL.COM

Municipio/Distrito: CALI
zona: Urbana ☒ Rural ☐
Localidad / comuna:
Departamento: VALLE

IV. 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 nombre

20. Tipo documento de identidad:
21. Número documento 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

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad			Condición	
		Tipo				
		F	N	M	T	P

B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Z na		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS UAB MANZANARES - MEDICAL PASS CALI CP	VSMANZANAR - MEDICALPAS
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION 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 identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
DIEGO HURTADO	CC	1151441195	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CL 84 1 A 1 258	3164196482	INDEPENDIENTEFC01@GMAIL.COM	CALI	VALLE

No de Radicacion
4009174133

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

Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

Terminación de la relacion 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 tramite de protección al cesante

17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado

18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

43.EPS anterior	44.Motivo de Código: traslado	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

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 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 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 Decr eto 1377 de 2013

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

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
	Click AQUÍ para firmar

IX.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 judicial que declare la 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.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.