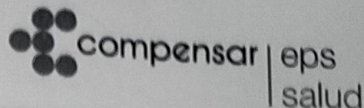


FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación		Fecha de Radicación	

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:
A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/>	A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> Cotizante o cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>
B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	D. De oficio <input type="checkbox"/>		5. Tipo de cotizante: A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>

Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres	7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
Cardona Moreno Leidy	CC	1.023.927.453	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	11/08/1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>			SURA	Porvenir
17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia	19. Zona		20. Municipio	21. Departamento
	KR 9C ESTE 29-30 SUR	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Sun. Cristóbal	Bogotá

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	20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	

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

32. Datos de residencia

28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Municipio / Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)

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

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)	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

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	42. Fecha
Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad Número de documento de identidad Sexo Femenino Masculino	
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado
	Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y 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.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	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
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.	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
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.	

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
<i>Parcela Carrova</i>	

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> Total	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	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.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
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.	64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	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 SISBEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio Código del departamento	Número de la ficha Puntaje Nivel		
70. Datos del funcionario que realiza la validación	71. Firma del funcionario		
Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre			
Tipo de documento de identidad Número de documento de identidad			
OBSERVACIONES:			

2022/5/18 12:14