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

compensar | salud eps

No. de Radicación | **Fecha de Radicación** 09 03 2023

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

1. Tipo de trámite — A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación — A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • 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 [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS) 59

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
	Fernandez	Diaz	Diana	Carolina

7. Tipo de documento de identidad CC **8. Número de documento de identidad** 1014263622

9. Sexo Femenino [X] Masculino [ ] **10. Fecha de nacimiento** 05 08 1995

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** Sura | **16. Administradora de pensiones** Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC 2'850.000 **18. Residencia** Cl 9 53 #134A-71 Ed. Capanni APTO 103.

Teléfono fijo | Teléfono celular 3104232234

Correo electrónico carofernandez2505@gmail.com | Municipio / Distrito | Zona Urbana [X] Rural [ ] | Localidad / Comuna Suba | Departamento Cundinamarca

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
			Diana	Carolina

20. Tipo de documento de identidad | **21. Número de documento de identidad** | **22. Sexo** Femenino [ ] Masculino [ ] | **23. Fecha de nacimiento** | 1014263622

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1	Fernandez	Diaz	Jeronimo					N/A
B2								
B3	Fernandez	Diaz	Jeronimo.		TI	1013277793		X
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	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											N/A
B2											
B3	04 08 2015	Hijo				Cundinamarca	X		Bogotá	3104232234	
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		
B		
B		1057

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 [X]
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** Femenino [ ] Masculino [ ] | **Fecha de nacimiento** D D M M A A A A | **42. Fecha** D D M M A A A A

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. [X]
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. [X]
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. [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. [X]

VIII. FIRMAS

Diana Fdez — 1014263622

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

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [X] Cant. [1] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] [ ] 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 [illegible] [ ]
62. Documento en que conste [illegible] de los padres o la declaración [illegible] el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de [illegible] por parte de [illegible] [ ]
64. Certificación de vinculación [illegible] entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo [illegible] providencia de las autoridades competentes en la que [illegible] la calidad de beneficiario o se ordena [illegible] [ ]

Cód. Documento

09 MAR 2023
Mónica Alexandra Gómez Niño
SUJETO A VERIFICACIÓN.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial Código del municipio | Código del departamento | **67. Datos del SISBÉN** Número de la ficha | Puntaje | Nivel | **68. Fecha de 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 de documento de identidad | **Número de documento de identidad** | **71. Firma del funcionario**

OBSERVACIONES: Pendo Marzo Cancela Abril

Línea Gratuita Nacional 018000 123 707

VIGILADO SuperSubsidio