

0176512

"Código Único para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

NIT. 900.156.264-2



* 0 1 B 1 6 2 3 1 4 5 2 *



* 1 1 0 1 7 6 6 1 2 *

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE		2. TIPO DE AFILIACIÓN		3. RÉGIMEN	
A. AFILIACIÓN ☐ B. REPORTE DE NOVEDADES ☒		A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☐ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐		C. Contributivo ☐ S. Subsidiado ☐	
4. TIPO DE AFILIADO		5. TIPO DE COTIZANTE		CÓDIGO	
CO Cotizante ☐ CF Cabeza de Familia ☐ BE Beneficiario ☐ A Dependiente ☐ B Independiente ☐ C Pensionado ☐ D Independiente por prestación de servicio ☐				FECHA DE LA SOLICITUD	
A. AFILIACIÓN				28/03/2023	

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

9. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	
PRIMER APELLIDO - Londono	SEGUNDO APELLIDO - Betancur
PRIMER NOMBRE - Astud	SEGUNDO NOMBRE - Carolina
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
2	63501772
9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
M	22/04/1975

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISSEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES		17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - ISC		18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA
				- Av 48C # dia 58-15
CIUDAD / MUNICIPIO - Bello		DEPARTAMENTO - Antioquia		ZONA U. ☐ R. ☐
TELÉFONO MÓVIL - 3017560351		CORREO ELECTRÓNICO - astudcarolinab2@gmail.com		CÓDIGO IPS

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO
CÓDIGO IPS	

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

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD

32. DATOS DE RESIDENCIA	33. VALOR UPS AFILIADO ADICIONAL (de acuerdo a EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO
Ciudad/Municipio			COLEGIO DE GRUPO FAMILIAR
			GRUPO FAMILIAR
			GRUPO FAMILIAR
			GRUPO FAMILIAR
			GRUPO FAMILIAR

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN				
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL - 12/03/2023	CARGO - Jefe de oficina	SALARIO - 1160000		

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD	41. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	42. MOVILIDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐	5. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR ☐	A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO ☐
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐	10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO ☐	B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO ☐
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐	11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐	14. TRASLADO
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS ☐	12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐	A) MISMO RÉGIMEN ☐
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐		B) DIFERENTE RÉGIMEN ☐
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐		15. REPORTE DE FALLECIMIENTO ☐
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES ☐		16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESAÑTE ☐
		17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO ☐
		18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO ☐

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

43. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
PRIMER APELLIDO	COLEGIO DE GRUPO FAMILIAR ☐	
SEGUNDO APELLIDO	GRUPO FAMILIAR ☐	
PRIMER NOMBRE	GRUPO FAMILIAR ☐	
SEGUNDO NOMBRE	GRUPO FAMILIAR ☐	
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GRUPO FAMILIAR ☐	
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GRUPO FAMILIAR ☐	
SEXO	GRUPO FAMILIAR ☐	
FECHA NACIMIENTO	GRUPO FAMILIAR ☐	
46. FECHA (a partir de)	47. EPS ANTERIOR	
	Código	

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración: Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(z) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

48. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(la) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.

49. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.

50. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad.

51. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

52. 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.

53. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

54. 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.

55. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

56. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

57. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

58. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PE ☐	59. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
60. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	61. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
62. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. 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 padres.	65. Copia del acta 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 SISSEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje
70. Datos del funcionario que realiza la validación	71. Firma del funcionario		
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad		
OBSERVACIONES:			