

"Código Único para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Martínez SEGUNDO APELLIDO: Cuesta PRIMER NOMBRE: Tomas SEGUNDO NOMBRE:
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C.T.I. ☒ C.C.C.E.P.A.C.D.S.C. ☐ 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 4794778 9. SEXO: F ☒ 10. FECHA NACIMIENTO: 06 03 1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORDEN ETNICO: 12. DISCAPACIDAD: 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN: 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES:
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: ZONA: LOCALIDAD / COMUNA: BARRIO:
CIUDAD / MUNICIPIO: DEPARTAMENTO: TELÉFONO FIJO: TELÉFONO MÓVIL: CORREO ELECTRÓNICO: 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: DIA MES AÑO 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
							Tipos Condición
1							F. M. W. T. P.
2							F. M. W. T. P.
3							F. M. W. T. P.
4							F. M. W. T. P.

32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Municipio: Departamento: Zona: Teléfono Fijo: Teléfono Móvil:
33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS):
34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud (IPS): NIVEL DE SISBEN: GRUPO POBLACIONAL:

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: 36. Tipo documento de identidad: 37. Número documento de identidad: DV: 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones:
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: CIUDAD / MUNICIPIO: DEPARTAMENTO: TELÉFONO FIJO: TELÉFONO MÓVIL: CORREO ELECTRÓNICO:
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DIA MES AÑO CARGO: SALARIO:

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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS ☐
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐
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 A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐
13. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO ☐ B) AL 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 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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C.T.I. C.C.C.E.P.A.C.D.S.C. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SEXO: F. M. FECHA NACIMIENTO: DIA MES AÑO
42. FECHA (a partir de): DIA MES AÑO 43. EPS ANTERIOR Código: 44. MOTIVO DE TRASLADO Código: 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señoría(a) Identificado(a) con No. desde el día del mes del año
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
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. Anexo soporte de la Entidad.
49. Declaración de no intermedización 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.
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 vigentes y a las entidades públicas que por 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 Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. Firma de 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: C.C. R.C. T.I. C.C. P.A. C.D. S.C. Total:
57. Copia del examen 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 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.
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.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio: Código del departamento: 67. Datos del SISBEN: Número de ficha: Puntaje: Nivel: 68. Fecha de radicación: DIA MES AÑO 69. Fecha de validación: DIA MES AÑO
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer apellido: Segundo apellido: Primer nombre: Segundo nombre:
Tipo documento de identidad: Número del documento de identidad: 71. Firma del funcionario:

OBSERVACIONES: