

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

Las instrucciones que se encuentran antes al formulario son de obligatorio cumplimiento

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		6. Código de registro por la EPS <input type="text"/>	

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

6. Apellidos y nombres María Luisa Garza Duque		7. Tipo de documento de identidad CC		8. Número del documento de identidad 52820226		9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento 25/04/1981	
---	--	---	--	--	--	--	--	---------------------------------------	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia NO		12. Discapacidad NO		13. Puntaje SISBEN B7		14. Grupos de población vulnerables Pobreza Moderada	
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL Sura		16. Administradora de Pensiones Protección		17. Ingreso base de cotización -IBC 3206426045		18. Residencia Calle 36 # 86-48 Cundinamarca	
19. Municipio/Distrito Cundinamarca		20. Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/>		21. Localidad/Comuna Kennedy		22. Correo electrónico maria.lusa.garza.duque@gmail.com	

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

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

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre						
B1	Salgado	Garza	Karen						
B2	Salgado	Garza	Hellen						
B3	Salgado	Garza							
B4	Targeta								
B5	Targeta								

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		32. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Selección de la EPS Primaria

34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - EPS		35. Tipo de afiliado o pagador de pensiones (A registrar por la EPS)	
A			
B			
C			
D			
E			

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

36. Nombre o razón social		37. Tipo de documento de identificación		38. Número del documento de identificación		39. Tipo de aportante o pagador de pensiones (A registrar por la EPS)	
A							
B							
C							
D							
E							

Dirección

Teléfono

Correo electrónico

Municipio/Distrito

Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Garzón		Ducunara		Maria		Luisa	
Tipo de documento de identidad CC		52'820226		Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento 25041981	
43. EPS anterior Salud Total		44. Motivo de traslado Otro <input type="checkbox"/>		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones Colfondo.			

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 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
- ☐ 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. 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: ☒ CV ☐ RL ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CEI ☐ SW

Certificado: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total:

☐ 57. Copia del certificado de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente

☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de 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. Datos del afiliado a la EPS	67. Datos del afiliado	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje
			Nivel

70. Datos del funcionario que realiza la validación

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

OBSERVACIONES