

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



No. de Radicación		Fecha de Radicación	
		9 03 2018 A 2 0 2 1 2	

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:	Código
A. Afiliación	A. Individual: Cotizante o cabeza de Familia	A. Contributivo	A. Cotizante	(a registrar por la EPS)
B. Reporte de Novedades	B. Beneficiario o afiliado adicional	B. Subordinado	B. Cabeza de familia	59
			C. Beneficiario	
			C. Pensionado	

A. AFILIACIÓN 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
Primer Apellido: <u>Daza</u> Segundo Apellido: <u>López</u>	CC	79831243	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	08 02 1977
Primer Nombre: <u>Alvaro</u> Segundo Nombre: <u>Enrique</u>				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo F N M Condición T P			Positiva	Compensar
17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia	19. Correo electrónico	20. Dirección	21. Teléfono fijo	22. Teléfono celular
1.160.000	CR 8C # 786-67 Int 16 Apto 504	alencikilos05@gmail.com	13090001 Municipio / Distrito	4721951	370417676
			Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Usaquén Localidad / Comuna	Departamento

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
Primer Apellido: Segundo Apellido:			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	08 02 1977

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
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC afiliado adicional
D D M M A A A A	F N M T P		Tipo Condición	Municipio / Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono fijo y/o celular	(a registrar por la EPS)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

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
Colte 42	1022		
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	41. Incluir beneficiarios o de afiliados adicionales	42. Movilidad:
1. Modificación datos básicos de identificación	43. Excluir beneficiarios o de afiliados adicionales	A. Régimen Contributivo B. Régimen Subordinado
2. Corrección datos básicos de identificación	44. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	45. Traslado:
3. Actualización documento de identidad	45. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
4. Actualización y corrección de datos complementarios	46. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	46. Reporte por fallecimiento
5. Terminación de la inscripción en la EPS	47. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	47. Reporte del trámite de protección al cesante
Código		48. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
6. Reinscripción en la EPS		49. 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 Sexo Fecha de nacimiento	D D M M A A A A 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.	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 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 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

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 SISBÉN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio Código del departamento	Número de la ficha Puntaje Nivel	D D M M A A A A D D M M A A A A	
			Segundo Nombre