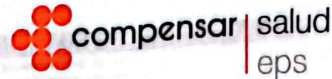


\$ 330.600 salud + pensión

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



No. de Radicación		Fecha de Radicación	
		D I C I E M B R E 2 0 2 3	
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
A. Afiliación	A. Individual	A. Contributivo	A. Cotizante
B. Reporte de Novedades	B. Colectiva	B. Subsidado	B. Cabeza de familia
	C. Institucional		C. Beneficiario
	D. De oficio		
			5. Tipo de cotizante: A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado
			Código (a registrar por la EPS) 03

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres		7. Tipo de documento de identidad	
Primer Apellido: Montaña Segundo Apellido: Marchan		Tipo: CC Número de documento de identidad: 4010207107	
8. Sexo		9. Fecha de nacimiento	
Femenino Masculino		25/12/1992	
III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)			
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL		16. Administradora de pensiones	
SURA		COFUNDOS	
17. Ingresó base de cotización - IBC		18. Residencia	
1160.000		Fr 76-22 A 30 SUR	
19. Apellidos y nombres		20. Tipo de documento de identidad	
Primer Apellido: Marchan Segundo Apellido: Marchan		Tipo: CC Número de documento de identidad: 4010207107	
21. Sexo		22. Fecha de nacimiento	
Femenino Masculino		25/12/1992	
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)			
23. Apellidos y nombres		24. Tipo de documento de identidad	
Primer Apellido: Marchan Segundo Apellido: Marchan		Tipo: CC Número de documento de identidad: 4010207107	
25. Sexo		26. Fecha de nacimiento	
Femenino Masculino		25/12/1992	

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		35. Nombre o razón social	
Col B		36. Tipo de documento de identificación	
1054			
37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aporte o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación			
Dirección: Teléfono: Correo electrónico: Municipio / Distrito: Departamento:			
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD			
41. Datos básicos de identificación		42. Fecha	
Tipo de documento de identidad: Número de documento de identidad: Sexo: Fecha de nacimiento:		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 lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y 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 o al celular como mensajes de texto.	
49. Declaración de no intervención 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 afiliado, cabeza de familia o beneficiario		55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio	
IX. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL			
66. Identificación de la entidad Territorial		67. Datos del SISBEN	
Código del municipio: Código del departamento:		Puntaje: Nivel:	
68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
D D M M A A A A		D D M M A A A A	
70. Datos del funcionario que realiza la validación		71. Firma del funcionario	
Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:			
Tipo de documento de identidad: Número de documento de identidad:			
OBSERVACIONES: Aporte a Sep Pago Octubre 2023 D y P. Retiro con la planilla de pago.			

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL			
66. Identificación de la entidad Territorial		67. Datos del SISBEN	
Código del municipio: Código del departamento:		Puntaje: Nivel:	
68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
D D M M A A A A		D D M M A A A A	
70. Datos del funcionario que realiza la validación		71. Firma del funcionario	
Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:			
Tipo de documento de identidad: Número de documento de identidad:			
OBSERVACIONES: Aporte a Sep Pago Octubre 2023 D y P. Retiro con la planilla de pago.			

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

No. de Radicación

Fecha de Radicación

U B M M A A A A

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 registrar por la EPS)	
A. Afiliación	☐	A. Individual	• Cotizante o cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☐	A. Contributivo	☒	A. Cotizante	☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	03	
B. Reporte de Novedades	☒	• Beneficiario o afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐	D. De oficio ☐	B. Subsidiado	☐	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐			

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>Montarci</u> Segundo Apellido: <u>Murcia</u>		7. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒		10. Fecha de nacimiento <u>25/04/1992</u>	
7. Tipo de documento de identidad <u>CC</u>		8. Número de documento de identidad <u>10102167</u>			

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 Sulici	16. Administradora de pensiones Cufundus
17. Ingreso base de población - IBC 1600	18. Residencia Fr 76-22 A 70 Sur	Teléfono fijo 36533372		Teléfono celular	
Correo electrónico: mona@mona.gov.co		Municipio: ☐ Urbano ☒ Rural	Totalidad: ☐ 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		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
20. Tipo de documento de identidad		21. Número de documento de identidad			22. Sexo	Femenino ☐	Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento	D D M M A A A A A 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 de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		Femenino	Masculino
B1	Muriana	Lizette	Dominic	Alexander	RC	1025409764	X
B2							
B3							
B4							
B5							

		28. Fecha de nacimiento		29. 30. Parentesco/Etnia		31. Discapacidad		32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)				
		D	M	A	A	A	A	F	Tipo	Condición	Municipio / Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular		
B1	B2								N	M	T	P				
B1	B2	2	2	0	7	2	0	1	G	H	S	I		Rosario DC	Cundinamarca	3057773665
B3	B4															
B4	B5															
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)	RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
Col			35. Nombre y razón social			36. Tipo de documento de identificación
B		1054	37. Número del documento de identificación			38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
B						
B						
39. Ubicación						
Dirección		Teléfono		Correo electrónico		Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad			41. Tipo de Novedad			42. Tipo de Novedad		
1. Modificación datos básicos de identificación	☐	☐	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	☐	☐	13. Movilidad:	☐	☐
2. Corrección datos básicos de identificación	☐	☐	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	☐	☐	A. Régimen Contributivo	☐	B. Régimen Subsidiado
3. Actualización documento de identidad	☐	☐	9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	☐	☐	14. Traslado:	☐	☐
4. Actualización y corrección de datos complementarios	☐	☐	10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	☐	☐	A. Mismo Régimen	☐	B. Diferente Régimen
5. Terminación de la inscripción en el EPS	☐	☐	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	☐	☐	15. Reporte por fallecimiento	☐	☐
Código			12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	☐	☐	16. Reporte del trámite de protección al cesante	☐	☐
6. Reinscripción en el EPS	☐	☒				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		Fecha de nacimiento		42. Fecha			
☐				☐		☐		☐			
				Femenino		Masculino		D D M M A A A A A A			
								D D M M A A A A A A			
43. EPS anterior				44. Motivo de traslado		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones					
				Código							

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

IV. 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 los beneficiarios o 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.	☒
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. Firmante: padre de la persona beneficiaria

58. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant. ☐ RC ☐ Cant. ☐ TI ☐ Cant. ☐ BA ☐ Cant. ☐ PA ☐ Cant. ☐ BU ☐ Cant. ☐ CD ☐ Cant. ☐ SC ☐ Cant. ☐ Total ☐

59. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐

57. 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. ☐

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: A parte el Ssg Pargo Octubre 2025 por D. Reluc con la planilla de pago.

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.