PIJAOS SALUD E.P.S.I.

RESOLUCIÓN 013 DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS INDÍGENAS DEL MINISTERIO DEL INTERIOR

NIT 809.008.362 - 2

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

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciado)

No. de Radicación	Fecha de Radicación
2023092580237687	25 (DD) 09 (MM) 2023 (AA)

I. DATOS DEL TRAMITE

1.Tipo de Tramite	A. Afiliación ☑ B. Reporte Novedad ☐	**2. Tipo de Afiliación**	Cotizante o cabeza de Familia ☑ A. Individual: Beneficiario o afiliado adicional ☐	B. Colectiva ☐	C. Institucional ☐	D. De Oficio ☐	**3 Régimen**	C. Contributivo ☑ S. Subsidiado ☐	
4. Tipo de Afiliado	A. cotizante ☒	B. Cabeza de familia ☐	C. Beneficiario ☐	**5. Tipo de Cotizante**	A. Dependiente ☒	B. Independiente ☐	C. Pensionado ☐	Código (a registrar por la EPS)	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres	Primer apellido CARDOSO	Segundo apellido CARDENAS	Primer nombre JULIO	Segundo nombre CESAR			
7.Tipo de documento de identidad	CC	**8. Número documento de identidad**	80237687	**9. Sexo**	Femenino ☐ Masculino ☑	**10. Fecha de nacimiento**	28 05 1980 (D D M M A A A A)

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia		**12. Discapacidad**	Tipo F N M Condición T P	**13. Puntaje SISBEN**		**14. Grupo de Población Especial**	
15. Administradora de Riesgos laborales ARL	POSITIVA	**16. Administradora de Pensiones**	COLPENSIONES	**17. Ingreso base de cotización**	$1.160.000.oo		
18. Residencia	Dirección CALLE 29No 21 - 126		Teléfono fijo		Celular 3112346259		
	Correo Electrónico		Municipio/distrito MONTERIA		Zona Urbana ☑ Rural ☐		
	Localidad/Comuna		Departamento CORDOBA				

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			
20. Tipo de documento		**21. Número de documento**		**22. Sexo**	Femenino ☐ Masculino ☐	**23. Fecha de Nacimiento**	D D M M A A A A

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

24.Apellido y nombres completos	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo E	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
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)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación
ALVAREZ CONSTRUCCIONES SAS	NIT	900697737- 5

38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	39. Ubicación	
	KR 73H 76 SUR 71 (Dirección)	3112346259 (Teléfono)

Correo electrónico	Municipio/ Distrito	Departamento
ALVAREZCONSTRUCCIONESSAS@YAHOO.COM	BOGOTÁ	C/MARCA

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. Código. ☐
- ☐ 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 de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Movilidad. ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado. ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte de trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS NECESARIOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo apellido

Tipo de documento de identidad		Numero del documento	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha Novedad 2 5 0 9 2 0 2 3
43. EPS anterior			44. Motivo del 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.
- ☐ 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 la institución prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 50. Autorización para que las EPS soliciten y obtengan 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 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. 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. Copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐

Cantidad ☐ Total ☐

- ☐ 57. Copia del dictamen 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 consiste 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 SISBEN			68. Fecha radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio ☐	Código del departamento ☐	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validadción

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad ☐	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario	

Observaciones:

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