FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

Núm. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE | Esta sólo la diligencia el cotizante cuando sea independiente o pensionado o cuando el aportante no cumpla con el pago oportuno

1. Tipo de trámite: A. Afiliación | B. Novedad de novedades
2. Tipo de afiliación: A. Individual | B. Grupo familiar (cabeza de familia diligencia los afiliados adicionales) | C. Institucional
3. Régimen: A. Contributivo | B. Subsidiado | C. Excepción | D. Especial
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante | B. Cotizante de novedad | C. Beneficiario | Código (Lo registra solo la EPS)
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente | B. Independiente | C. Pensionado

II. AFILIACIÓN - B. 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: Femenino | Masculino | 10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia | 12. Grupo indígena: Tipo | Comunidad | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Autoridad que reconoce la pertenencia a dicho grupo | 16. Administradora de pensiones
17. Nivel más alto de educación | 18. Ocupación | 19. Residencia: Zona: Urbana / Rural | Tipo

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

20. Apellidos y nombres
21. Tipo de documento de identidad | 22. Número de documento de identidad | 23. Sexo: Femenino | Masculino | 24. Fecha de nacimiento

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

	25. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	26. Tipo de documento de identidad	27. Número de documento de identidad	28. Sexo: Femenino / Masculino	29. Fecha de nacimiento	30. Parentesco	31. Discapacidad: Tipo	Código	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Departamento	Teléfono No. vivienda	33. Valor de la UPC afiliado asignado a la respectiva EPS
01															
02															
03															
04															
05															

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud IPS | Código de la IPS (registrado por la EPS)

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES 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 | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y complemento de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS | Código
6. Reactivación en la EPS
7. Inclusión de beneficiarios o afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de suspensión laboral o preparación de condiciones para parto
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 por fallecimiento
16. Reporte de ausencia de permanencia al casero
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino | Masculino | Fecha de nacimiento | 42. Fecha
43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado: Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración. Si la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de ausencia 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 afiliación de 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 cruces 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 del titular de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo 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.

IX. FIRMAS

X. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN | Cert. | RC | Cert. | TI | Cert. | CC | Cert. | PA | Cert. | CE | Cert. | CD | Cert. | SC | Cert. | Visa
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 patria potestad 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 jurada 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.

XI. 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 la ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo de documento de identidad | Número de 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 capítulo VII del formulario.

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

HEIDY YOHANA MARTINEZ ALARCON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.077.034.641**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Julio del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.