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

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación 3/05/2024

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	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ] B. Novedad [X]	A. Individual [ ] Cotizante o cabeza de Familia [X] Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	01

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

8. Apellidos y nombres			
FUENTES	CARDENA	JUAN	DANIEL

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	12. Fecha de nacimiento
C	1004507107		06 11 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

14. Etnia	12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones
	[X]			Sura	Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
1300000	Cra 85	76-14		320335 3483052	
NO	Bogotá	Zona Urbana [X] Rural [ ]	8	Bogotá	

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: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento (D M A A A A)	29. Parentesco	30. Discapacidad: Tipo (S N)	Condición (M T P)	31. Domicilio: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	32. Datos de residencia: Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC 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)
	1016

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
MARVIC CONSTRUCCIONES SAS	NIT

37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante u pagador pensiones (a registrar por la EPS)
901339416	

39. Ubicación: cra 5 #75 A 30 | 3209355227 | 900312 gmail.com | Bogotá

B. 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 corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la vinculación en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reincorporación en la EPS [X]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o actualización de condiciones para aportar [X]
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. Cambio de cabeza 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 Extemporáneo [ ]
16. Reporte del Retiro de prestación económica [ ]
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: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha 3/05/2024

43. EPS anterior	44. Motivo de retiro: 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 cotización al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción [ ]
48. Declaración de ausencia de ingresos de fuente mayor o cese laboral que impiden la entrega de los documentos que acrediten 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 consulte ante y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales [X]
51. Autorización para que la EPS consulte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a los artículos públicos que por sus funciones lo requieran [X]
52. Autorización para que la EPS consulte 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 [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensajes de texto [X]

VIII. FIRMAS

Firma del cotizante, cabeza de familia o Representante Legal	Firma del funcionario que recibe la solicitud de afiliación o novedad

IX. ANEXOS

56. Anexo: copia del documento de identidad: CN [ ] CEXT [ ] AC [ ] CMC [ ] TI [ ] CCAT [ ] CC [ ] CCSC [ ] PK [ ] CDIT [ ] CE [ ] CDRI [ ] CD [ ] CDPA [ ] SC [ ] CDCA [ ] Total [ ]
57. Copia del documento de identidad para menores emitido por la autoridad competente [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que decrete 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 resolución o del acto administrativo de custodia [ ]
62. Copia del documento que conste la filiación de la patria potestad, o el certificado de defunción de [illegible] 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. Copia del acto de habilitación o autorización a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de los ministerios con potestad en la que conste la [illegible] solidario o se ordene la afiliación de oficio [ ]

13 MAY 2024

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos de SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Inscripción (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

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

OBSERVACIONES: Aporte Junio | Correo No Tiene

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

Versión 01 2019