FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

cajacopi eps

No. de Radicación	Fecha de Radicación (D D 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
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [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 [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres			
PADILLA	CARRILLO	ERIS	ENRIQUE
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. N° del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	Estado Civil	EPS anterior
CC	1.129.492.658	Femenino [ ] Masculino [X]	26/10/1986	SOLTERO	

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	16. Administradora de pensiones	17. Ingreso base de cotizante - IBC
ARL SURA	PROTECCIÓN	$1.300.000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CR 12 A #86 - 10		310 718 7167	ERIS74@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
BARRANQUILLA	Urbana [X] Rural [ ]		ATLANTICO

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. N°del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	Dirección
		Femenino [ ] Masculino [ ]		

Municipio/Distrito	Zona Urbana	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Celular
	Rural [ ] Urbana [ ]				

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de Nacimiento (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo: E N M; Condición: T P	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	32. Datos de residencia	Zona (U R)	Municipio /Distrito	Departamento	Teléfono Fijo	Celular
B1		U R				
B2		U R				
B3		U R				
B4		U R				
B5		U R				

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 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)
VI PARQUES REDEXCO 24	NIT	901.319.694-6	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CARRERA 11 - 11-94	7466918	VIPARQUESREDEXCO24	TUNJA	BOYACÁ

VIGILADO Supersalud

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ( ) 1. Modificación de los datos básicos de identificación.
- ( ) 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ( ) 3. Actualización del documento de identidad.
- ( ) 4. Actualización y 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.
- (X) 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
- (X) 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo (X) B. Régimen Subsidiado ( )
- ( ) 14. Traslado: A. Mismo Régimen ( ) B. Diferente Régimen ( )
- ( ) 15. Reporte de fallecimiento.
- ( ) 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ( ) 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ( ) 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino ( ) Masculino ( ) | Fecha de nacimiento 42. Fecha: D D M M A A A A = 2 0 0 5 2 0 2 4

43. EPS Anterior | 44. Motivo de Traslado Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- (X) 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- (X) 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.
- (X) 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- (X) 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la histona clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales.
- (X) 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades de la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- (X) 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiario s o afiliado s 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 al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

ERIS ENRIQUE PADILLA C.

54. El cotizante, cabeza de la 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:

Cantidad: CN ( ) TI ( ) PA ( ) CD ( ) Total
RC ( ) CC (X) CE ( ) SC ( )

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 senten cia 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 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 sobrela 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. Copie del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste le 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
Código del Municipio | Código del departamento

67. Datos del SISBEN
Número de Ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de Radicación D D M M A A A A

69. Fecha de Validacion D D M M A A A A

70. Nombre del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo de documento de identidad | Número del 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



Completado

Solicitud generada correctamente, su número de radicado es: **447340**

OK

COMFAMILIAR
Atlántico

BARRANQUILLA, 20 MAYO 2024

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMFAMILIAR ATLÁNTICO

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) PADILLA CARRILLO ERIS ENRIQUE, identificado(a) con número de documento 1129492658, se encuentra inscrito(a) con la categoría A en esta Caja de Compensación Familiar desde el 20/05/2024, en el programa sin derecho al pago de subsidio familiar, a través de la empresa UNION TEMPORAL PARQUES REDEXCO 24, identificada con el NIT 901819694 con fecha de ingreso 20/05/2024 presentando en su grupo familiar a los siguientes beneficiarios:

Se expide la presente certificacion a solicitud del interesado.

Atentamente,

COMFAMILIAR ATLÁNTICO

Certificado Generado Electrónicamente

Elaborado por: Extranet