# 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 | | | |
|---|---|---|---|
| VALDES | FALLACE | GLAUCO | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| C-C | 72.258.924 | Femenino [ ] Masculino [X] | 07 02 1981 | | CAJACOPI |

### 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 | PORVENIR | $1.300.000 |

| 18. Residencia | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Dirección: Cll 86 # 12A 16 | Teléfono Fijo: | Teléfono Celular: 3008584684 | Correo Electrónico: ENRIGIA17@GMAIL.COM | |
| Municipio/Distrito: BARRANQUILLA | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Localidad / Comuna: | Departamento: 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: Rural [ ] Urbana [ ] | Departamento | Código IPS (a registrar por la EPS) | Teléfono fijo | Celular |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

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 | 27. Sexo: 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) |
|---|---|---|---|
| UT PARQUES REDEXCO 24 | NIT | 901.319.694-6 | |

| 39. Ubicación: Dirección | Teléfono | Correo Electrónico | Municipio/Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| CARRERA 11 11-94 | 7466918 | UTPARQUESREDEXCO24@GMAIL.COM | 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

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 o 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

Glauco Enrique Valdes F.

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. Copia 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: **447362**

OK

COMFAMILIAR
Atlántico

BARRANQUILLA, 20 MAYO 2024

# CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
# COMFAMILIAR ATLÁNTICO

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) VALDES FALLACE GLAUCO ENRIQUE, identificado(a) con número de documento 72258924, 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