EPS | Cajacopi Cuida de ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación	Fecha de Radicación
9488491086	05/06/2024

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
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 [ ]	1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres			
ARRIETA	PEREZ	LUIS	MIGUEL
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	Estado Civil	EPS anterior
CC	1045667050	Femenino [ ] Masculino [X]	28/12/2000 (D D M M A A A A)	SOLTERO (A)	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	Tipo	Condición	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
		F N M	T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de pensiones	17. Ingreso base de cotizante - IBC
SURA ARL	PORVENIR	1300000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CRA 29D NO 143B 40		3247254121	LUISARRIERTA@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
BARRANQUILLA	Urbana [X] Rural [ ]	EL BOSQUE	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	Dirección
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	

Municipio/Distrito	Zona	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		28. Fecha de Nacimiento
			Femenino	Masculino	
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

cajacopi CP1 Seccional Cesar AFILIACIÓN REGISTRO Y MERCADEO
Fecha: 05/06/2024
Recibido: DARLY YADURO

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		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	SALUD INTEGRAL Y RESOLUTIVA I.P.S. S.A.S.	241
B		
B		
B		

VIGILADO Supersalud

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)
UNION TEMPORAL PARQUES REDEXCO 24	N	901819694	

39. Ubicación				
KR 11 11 94	7466918	utparquesredexco24@gmail.com	TUNJA	
Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

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 03/06/2024 (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 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

Luis Miguel Arrieta Perez

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 1
RC ( ) CC 1 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 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
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: INGRESO 03/06/2024

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