República de Colombia

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO UNICO Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Página 1 de 2

Servicio Occidental de Salud

No. De Radicación	Fecha de Radicación
2149206	01 10 12 2015

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Novedad ☑

2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ☑ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3. Régimen: A. Contributivo ☑ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☑ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☑ C. Pensionado ☐

Código a registrar por la EPS: ☐

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Izquierdo	Campo	Marlon	Victoria

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1144024826	F ☑ M ☐	28 09 1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
	Protección	1'423.500

18. Residencia			
Tv 5 # 1 - 140	3173763194	[illegible]9123@gmail.com	
	Zona: Urbana ☑ Rural ☐	Municipio	Valle

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			

20. Tipo de documento	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		F ☐ M ☐	

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

	24. Apellidos y nombres			
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Numero de documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de Nacimiento
01			F ☐ M ☐	
02			F ☐ M ☐	
03			F ☐ M ☐	
04			F ☐ M ☐	
05			F ☐ M ☐	

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P
01							
02							
03							
04							
05							

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional
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
C	[illegible]	[illegible]
01		
02		
03		
04		
05		

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. Numero de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. Ubicación

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

40. Tipo de Novedad

1. ☐ Modificación de 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.
9. ☑ Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
10. ☐ Terminación de 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 Regimen ☐ 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 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 F ☐ M ☐	Fecha de nacimiento

42. Fecha	43. EPS anterior	44. Motivo de traslado 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 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 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 obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☑ 51. Autorización para que la EPS reporte información que se genere de la afiliación o del reporte de no novedades o la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la 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 mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. Cotizante , cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
[illegible] Izquierdo Campo	

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ Total: ☐
- ☐ 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 orden judicial 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 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. 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.

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 Numero de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación

69. Fecha de Validación	

70. Datos del funcionario que realiza la validación		71. Firma del funcionario
Tipo documento de identidad		

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

AFILIADO