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

compensar salud eps

No. de Radicación: 48578594 | Fecha de Radicación: 01/12/2023 (DD/MM/AAAA)

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 ( )	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia (X) • Beneficiario o afiliado adicional ( )	A. Contributivo (X)	A. Cotizante (X)	A. Dependiente (X)	
B. Reporte de Novedades (X)	B. Colectiva ( ) C. Institucional ( ) D. De oficio ( )	B. Subsidiado ( )	B. Cabeza de familia ( ) C. Beneficiario ( )	B. Independiente ( ) C. Pensionado ( )	

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

6. Apellidos y nombres				
Primer Apellido: GONZALEZ	Segundo Apellido: PALENCIA	Primer Nombre: APOLINAR	Segundo Nombre:	
7. Tipo de documento de identidad: C.C.	**8. Número de documento de identidad:** 11172423	**9. Sexo** Femenino ( ) Masculino (X)	**10. Fecha de nacimiento:** DD/MM/AAAA: 18/11/2003	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo ( ) ( ) ( ) Condición ( ) ( )			SURA	PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
1.160.000	BOGOTA	Dirección: CR 87 K 64 SUR 10		Teléfono fijo	Teléfono celular: 322 9403210
Correo electrónico	Municipio / Distrito: BOGOTA	Zona Urbana (X)	Rural ( )	Localidad / Comuna	Departamento: CUNDINAMARCA

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. Número de documento de identidad**	**22. Sexo** Femenino ( ) Masculino ( )	**23. Fecha de nacimiento:** DD/MM/AAAA

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

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

	28. Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado 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)
Cot.		
B		
B		
B		

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. Número del documento de identificación	**38. Tipo de aportante o pagador pensiones** (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

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 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 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 ( )
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ( ) B. Régimen Subsidiado ( )
14. Traslado: A. Mismo Régimen ( ) B. Diferente Régimen ( )
15. Reporte por 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** Femenino ( ) Masculino ( )	**Fecha de nacimiento** DD/MM/AAAA	**42. Fecha** DD/MM/AAAA
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 acreditan 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 la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente 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 mensajes de texto. ( )

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de 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: CN ( ) Cant. | RC ( ) Cant. | TI ( ) Cant. | CC ( ) Cant. | PA ( ) Cant. | CE ( ) Cant. | CD ( ) Cant. | SC ( ) Cant. | 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		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			
Tipo de documento de identidad	**Número de 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
VIGILADO SuperSubsidio