GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS "El autocuidado en salud para un buen vivir"	FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS	✓	Codigo: AS-FR-001 Versión: 02 Vigencia: 29/11/2021

No. de Radicación	Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Trámite	3. Régimen
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	- Cotizante o Cabeza de Familia ☒ A. Individual - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. de oficio ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	

A. AFILIACION

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION(del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Tabla	Segundo Apellido: Criollo	Primer Nombre: Maria	Segundo Nombre: Nataly

7. Tipo de Documento de Identidad	8. Número del documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
Cedula	1080048776	Femenino ☒ Masculino ☐	25-04-2006.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13.Puntaje Sisben	14.Grupo Población Especial
	Tipo F ☐ N ☐ M ☐ Condicion T ☐ P ☐		

15.Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16.Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	Porvenir	1423500.

18. Residencia			
Dirección: Manzana E CS 10	Teléfono: 3177631177	Correo electrónico	
Municipio/Distrito: Pasto	Zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad/Comuna: Centro	Departamento: Nariño

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del conyugué 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 del documento de Identidad	22. Sexo	23. Fecha de Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
		Tipo			Condición	
		F	N	M	T	P
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

33. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Urbana	Rural			
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Seleccion 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	37. Número del documento de identidad	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Consorcio Pavimentos.	NIT	901890129.	

39. Ubicación				
Dirección: Cl 9 #AXXA 7	Teléfono:	Correo electrónico	Municipio/Distrito: Popayan	Departamento: Cauca.

B. REPORTE DE NOVEDADES

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
- ☐ 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.
- ☐
  - ☐ A. Mismo Régimen.

Código

14. Traslado.

☐ B. Diferente Régimen.

☐ 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

☐ 15. Reporte de fallecimiento.

☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.

☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.

☐ 18. Reporte de 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 del documento de Identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de Nacimiento	Fecha 03-02-25

.43. EPS anterior	.44. Motivo 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 intención del cotizante, cabeza de familia, beneficiario 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 e familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

☑ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o 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 envié información al correo electrónico o al celuar 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 o Intitucional o de Oficio

IX. ANEXOS

☑ 56. Copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☒ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ Cantidad: ☐ Total: 1

☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente, emitido por la autoridad competente.

☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de 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, sentecnia 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 engtrega 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 padtres.

☐ 63. Copia de la Autorización de traslado, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

☐ 64. Certificado 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 SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realliza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo documento de identidad Número del documento de identidad 71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES :

Recuerde quqe la firma al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII (Declaraciones y Autorizaciones), así como la vracidad de la demás información registrada