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

compensar | eps salud

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	24 05 2018

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	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	01
B. Reporte de Novedades [ ]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]			

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: LOZANO	Segundo Apellido: LOZANO	Primer Nombre: FLORENTINO	Segundo Nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número de documento de identidad: 5915973.500	9. Sexo Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 12 08 1979

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 F M S Condición T P			SURA	PROTECCION

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
1.096.600	Cra 83 ESTE # 79B-28 SUR		2027027320 4095163		
Cons. direcc.	SOACHA	Zona Urbana [X] Rural [ ]	SOACHA	Cons. dpto.	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 D D M M A A A A

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	LOZANO	PAEZ	VALERIA		TI	1.106.779.267	X	
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	D D M M A A A A			F M S	M T P						
B1	10 07 2009	HIJO				SOACHA	X		CUNDINAMARCA	3209095163	
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	Soacha	
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
GRUPO EMPRESARIAL INVECO	NIT
37. Número del documento de identificación	**38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)**
900.379.869	
39. Ubicación	
CL 175 # 60-65 7570271	BOGOTA BOGOTA

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 [X] 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 D D M M A A A A
43. EPS anterior: Medimas	44. Motivo de traslado Código: 01	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	46. Fecha: 16 06 2018

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. [X]
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. [X]
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 [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

VIII. FIRMAS

Firma del cotizante, cabeza de familia o representante legal de la entidad colectiva, institucional o de Oficio	
florentino lozano lozano	

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. [illegible] la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
[illegible] afiliaciones colectivas. [ ]
[illegible] en la que conste [ ]
[illegible] de beneficiario o se ordene la anulación de [illegible]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de validación
Código del municipio: [ ] Código del departamento: [ ]	Número de la ficha: [ ] Puntaje: [ ]	D D M M A A A A: 24 MAY 2018

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Segundo Nombre
Tipo de documento de Identidad: [ ]	Número de documento de Identidad:		

77 Firma funcionario
JOHANA ALEXANDRA CANON H.
SUJETO A VERIFICACIÓN

OBSERVACIONES: Aporte Julio.

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

Caja de Compensación Familiar COMPENSAR EPS. Comunicaciones

Formato de Inscripción, Adición y Modificación del Trabajador y Grupo Familiar.

Marque con una X y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso.

☐ Servicios ☐ Subsidio

☐ 1. Inscripción del trabajador y familia
☐ 2. Adición de personas a cargo del trabajador ya inscrito
☐ 3. Modificación de información
☐ 4. Traslado
☐ 5. Reintegro Si ☐ No ☐
En el mismo mes
Indique última fecha de retiro:

ISO 9001 SC 5952-4 IQNet compensar

1. Datos del trabajador

Tipo y número de identificación: C.C. [X] T.I. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] — 5973500
Sexo: M [X] F [ ]
Estado civil: Casado(a) [ ] Soltero(a) [ ] Unión libre [X] Separado(a) [ ] Viudo(a) [ ] Divorciado(a) [ ]
Uso exclusivo de Compensar: R N — LOE — LTM — SSM — STS
Causal no aceptación:

Primer apellido: LOZANO
Segundo apellido: LOZANO
Nombres: FLORENTINO
Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD): 1979 08 22
Teléfono residencia: 7090354
Dirección residencia: CRA 3 ESTE 29B-28
Teléfono 2 o de oficina:
Extensión:
E-mail:
Celular: 3122436593
Ciudad: Bogotá
Fecha ingreso a la empresa (AAAA/MM/DD): 2014 06 16
Horas labor mes: 192
Cargo: Conductor
Sueldo básico mensual: $ 900.000.-

En caso de cambio en el Nº de identificación, escriba el anterior

2. Datos del empleador

Tipo de afiliación empresa:
Normal [ ]
Convenio [ ]
Facultativa [ ]
Ley primer empleo [ ]
Mypime [ ]
Otro ¿Cuál? [ ]

Nombre o razón social: GRUPO EMPRESARIAL INGECOL SAS
Teléfono: 7027027
Nit. C.C. ó C.E.: 900379869
Dependencia:
Centro de costo:
Empresa con que trabaja simultáneamente:
Sueldo básico mensual:

3. Datos del cónyuge o compañero(a) permanente

Adición [ ]
Tipo y número de identificación: C.C. [X] T.I. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] — 1110175289
Primer apellido: RAYO
Segundo apellido: ALAPE
Nombres: ANDREA MILENA

Retiro [ ]
Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD): 1989 12 07
Empresa donde trabaja o actividad económica:
Caja de Compensación a la cual está afiliado(a):
Sueldo básico mensual:
Recibe subsidio: Si [ ] No [ ]

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía, ó cambio de Tarjeta de Identidad escriba el número anterior o errado

4. Datos de los beneficiarios (padres, hijos o hermanos)

4.1

Adición [ ]
Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD): 2009 07 10
Tipo y número de identificación: C.C. [ ] T.I. [X] C.E. [ ] P.A. [ ] NUIP [ ] — 1106779287
Primer apellido: LOZANO
Segundo apellido: RAYO
Nombres: VALERIA
Parentesco: Hijo [X] Padre [ ] Hermano [ ]
Sexo: M [ ] F [X]
Retiro [ ]
Uso exclusivo de Compensar: R N — SSE — AUT — SSW — DIS — EMB — TRA; R N — PEN — CRS — DEP — SUP
Causal no aceptación: 3
Clase:
Discap.:
Benef Giro:
Nombre:
C.C.:

4.2

Adición [ ]
Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD):
Tipo y número de identificación: C.C. [ ] T.I. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] NUIP [ ]
Primer apellido:
Segundo apellido:
Nombres:
Parentesco: Hijo [ ] Padre [ ] Hermano [ ]
Sexo: M [ ] F [ ]
Retiro [ ]
Uso exclusivo de Compensar: R N — SSE — AUT — SSW — DIS — EMB — TRA; R N — PEN — CRS — DEP — SUP
Causal no aceptación:
Clase:
Discap.:
Benef Giro:
Nombre:
C.C.:

4.3

Adición [ ]
Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD):
Tipo y número de identificación: C.C. [ ] T.I. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] NUIP [ ]
Primer apellido:
Segundo apellido:
Nombres:
Parentesco: Hijo [ ] Padre [ ] Hermano [ ]
Sexo: M [ ] F [ ]
Retiro [ ]
Uso exclusivo de Compensar: R N — SSE — AUT — SSW — DIS — EMB — TRA; R N — PEN — CRS — DEP — SUP
Causal no aceptación:
Clase:
Discap.:
Benef Giro:
Nombre:
C.C.:

4.4

Adición [ ]
Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD):
Tipo y número de identificación: C.C. [ ] T.I. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] NUIP [ ]
Primer apellido:
Segundo apellido:
Nombres:
Parentesco: Hijo [ ] Padre [ ] Hermano [ ]
Sexo: M [ ] F [ ]
Retiro [ ]
Uso exclusivo de Compensar: R N — SSE — AUT — SSW — DIS — EMB — TRA; R N — PEN — CRS — DEP — SUP
Causal no aceptación:
Clase:
Discap.:
Benef Giro:
Nombre:
C.C.:

En caso de ser padre pensionado, afiliado a otra Caja o estar laborando escriba la entidad pensionadora, nombre de la Caja o empresa donde labora:

Autorizo a Compensar el envío de información a través de: Celular mensajes de texto [ ] Correo electrónico [ ]

Bajo la gravedad de juramento declaro que este informe ha sido examinado por mí y que todos los datos son exactos.

FLORENTINO LOZANO
Firma del trabajador (a)
C.C., T.I., P.A. ó C.E. Nº

Firma y sello del empleador

25 JUN 2014
ARLET YELENA CANTILLO HUERTAS
C.C. SUJETO A VERIFICACIÓN
compensar

Observaciones: Se inicia PPC Declaración

Para uso exclusivo de Compensar - Número de documentos aceptados

Registro Civil	Declaración Juramentada	Certificado TR. Cónyuge	Certificado Escolaridad	Fotocopia Cédula	Fotocopia Tarjeta Identidad	Sentencia Separación	Certificado Discapacidad	Registro Defunción
A								

La información de este formato está sujeta a verificación

Original - Compensar Copia - Empleador

VIGILADO SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

Caja de Compensación Familiar COMPENSAR Comunicaciones_APS 22-12-2011

FOR-PSB-0085