# 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 D D M M A A A A |
|---|---|

## 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 [ ] | A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] | |
| B. Reporte de Novedades [ ] | • Beneficiario o afiliado adicional [ ] | B. Subsidiado [ ] | 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] 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 | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número de documento de identidad | 9. Sexo Femenino [ ] Masculino [ ] | 10. Fecha de nacimiento D D M M A A A A |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular | |
| Correo electrónico | Municipio / Distrito | Zona Urbana [ ] Rural [ ] | Localidad/ Comuna | Departamento |

## 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 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

| | 28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo F N | Condición M T P | 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) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 de 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 / 42. Fecha 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

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 de 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 sentencia de las autoridades competentes donde 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 SISBÉN | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|
| Código del municipio [ ] Código del departamento [ ] | Número de la ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ] | D D M M A A A A | D D M M A A A A |

18 SEP 2020

PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCIÓN 0466
PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 0271