

"Código Único para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Les atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE		2. TIPO DE AFILIACIÓN		3. RÉGIMEN	
A. AFILIACIÓN ☒	B. REPORTE DE NOVEDADES ☐	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☒ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐	B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	C. Contributivo ☐	S. Subsidiado ☐
4. TIPO DE AFILIADO		5. TIPO DE COTIZANTE		CÓDIGO	
CO Cotizante ☒	CF Cabeza de Familia ☐ BE Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	FECHA DE LA SOLICITUD		
A. AFILIACIÓN				DÍA MES AÑO	

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
Giraldo Calderón Zonío Del Carmer									
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		9. SEXO		10. FECHA NACIMIENTO			
R.C. T.L. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.		68290330		F M		01 03 73			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	19. LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
		Mz A Caball 141/1a		
CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
Arauca	Arauca		3142998664	
		CÓDIGO IPS		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		22. SEXO		23. FECHA NACIMIENTO		CÓDIGO IPS	
T.L. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.				F M		DÍA MES AÑO			

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

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS		25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		26. NÚMERO DE IDENTIDAD		27. SEXO		28. FECHA DE NACIMIENTO		29. PARENTESCO		30. ETNIA		31. DISCAPACIDAD	
32. VALOR UPIC AFILIADO ADICIONAL (La vigencia la EPS)		33. VALOR UPIC AFILIADO ADICIONAL (La vigencia la EPS)		34. Número de la institución prestadora de servicios de salud (IPS)		35. NIVEL DE SISBEN		36. GRUPO DE POBLACIÓN							

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 documento de identidad		37. Número documento de identidad		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones	
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN		CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		TELÉFONO FIJO	
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL		CARGO		SALARIO			
25 01 2021		Instructor		908.526			

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD		41. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		42. MOVILIDAD	
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐		1. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR ☐		A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO ☐	
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐		2. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO ☐		B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO ☐	
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐		3. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐		C) TRASLADO ☐	
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS ☐		4. DERIVACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐		D) OTRO RÉGIMEN ☐	
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐				E) OTRO RÉGIMEN ☐	
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐				F) OTRO RÉGIMEN ☐	
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES ☐				G) OTRO RÉGIMEN ☐	
				H) OTRO RÉGIMEN ☐	
				I) OTRO RÉGIMEN ☐	
				J) OTRO RÉGIMEN ☐	
				K) OTRO RÉGIMEN ☐	
				L) OTRO RÉGIMEN ☐	
				M) OTRO RÉGIMEN ☐	
				N) OTRO RÉGIMEN ☐	
				O) OTRO RÉGIMEN ☐	
				P) OTRO RÉGIMEN ☐	
				Q) OTRO RÉGIMEN ☐	
				R) OTRO RÉGIMEN ☐	
				S) OTRO RÉGIMEN ☐	
				T) OTRO RÉGIMEN ☐	
				U) OTRO RÉGIMEN ☐	
				V) OTRO RÉGIMEN ☐	
				W) OTRO RÉGIMEN ☐	
				X) OTRO RÉGIMEN ☐	
				Y) OTRO RÉGIMEN ☐	
				Z) OTRO RÉGIMEN ☐	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
42. FECHA (a partir de)		43. EPS ANTERIOR		44. MOTIVO DE TRASLADO		45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES			
DÍA MES AÑO		Código		Código					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(a) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad del juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.

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. Anexo reporte de la Entidad.

49. Declaración de no información 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 copie 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 o del reporte de novedades a 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 1501 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. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario		55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio	
Zonío Giraldo			

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:	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									