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

FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 24/02/2021

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo de Afiliación — A. Individual: * Cotizante o cabeza de familia ☐ * Beneficiario o afiliado adicional ☐ — B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐
Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres — Primer apellido: Gamboa | Segundo apellido: Murillo | Primer nombre: Segundo | Segundo nombre: Guillermo
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 16469820
9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒
10. Fecha de nacimiento: 17 / 12 / 1955

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo F H M — Condición T P
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de régimen laboral (AFI): POSITIVA
16. Administradora de pensiones: colpensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: 908.526.000
18. Residencia: Cra. 48A # 11A-05
Dirección: 3773327
Teléfono fijo: 3133579409
Teléfono Celular
Correo electrónico: guigarmur@hotmail.com
Municipio / Distrito: BOG
Zona (Marque): Urbana ☒ Rural ☐
Localidad / Comuna: 10
Departamento: U2 HE

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 los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	Datos Complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
01							
02							
03							
04							
05							

	31. Discapacidad: Tipo F H M — Condición T P	32. Datos de Residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

Sesión de la IPS primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Con		
01		
02		
03		

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 | Teléfonos | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

42. 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 del Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación — Primer apellido: Gamboa | Segundo apellido: Murillo | Primer nombre: Segundo | Segundo nombre: Guillermo
Tipo de documento de identidad: CC
Número de documento de identidad: 16469820
Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒
Fecha de nacimiento: 17 / 12 / 1955
42. Fecha: D D M M A A A A
43. EPS anterior: Fond. de Pasivos Ferrocarriles
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 bifurcación 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 mensaje de texto ☐

VII. 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. ☐ CO ☐ 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 Super Intendencia 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 — Código del municipio | Código de Departamento
67. Datos del SISBÉN — Número de la ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación: D D M M A A A A
69. Fecha de validación: D D M M A A A A
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 | OBSERVACIONES
71. Firma del funcionario

VIGILADO SUPERSALUD

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.