

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



No. de Radicación: D D M M A A A A 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 <input type="checkbox"/>	A. Individual: <input type="checkbox"/> Cotizante o cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	59
B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	

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

6. Apellidos y nombres	7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo
Primer Apellido: Rotos Segundo Apellido: Jainet Primer Nombre: Jaine Segundo Nombre: tata	CC	79413043	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
10. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo F N M Condición T P				
17. Ingreso base de cotización - IBC		18. Residencia		19. Correo electrónico	
Mínimo		Dirección: K 4 # 1-465		Teléfono fijo: 3114918335	
Jaine tata 52@gmail.com		Municipio / Distrito: San Andrés Bello		Localidad / Comuna: Condado	
Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Departamento: Bolívar			

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	20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo
Primer Apellido: Jaine Segundo Apellido: tata Primer Nombre: Jaine Segundo Nombre: tata	CC	79413043	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
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	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
D D M M A A A A			Tipo Condición F N M T P	Municipio / Distrito	Zona Urbana Rural Departamento	Teléfono fijo y/o celular
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)	35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación
Cot. B B B	1054	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
Dirección: Teléfono: Correo electrónico: Municipio / Distrito: Departamento:			

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	13. Movilidad:
1. Modificación datos básicos de identificación <input type="checkbox"/>	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/>	A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/>
2. Corrección datos básicos de identificación <input type="checkbox"/>	9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar <input type="checkbox"/>	14. Traslado:
3. Actualización documento de identidad <input type="checkbox"/>	10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando <input type="checkbox"/>	A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/>
4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/>	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/>	15. Reporte por fallecimiento <input type="checkbox"/>
5. Terminación de la inscripción en la EPS <input type="checkbox"/>	12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/>	16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/>
Código <input type="checkbox"/>		17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/>
6. Reinscripción en la EPS <input checked="" type="checkbox"/>		18. Reporte de la calidad de Pensionado <input type="checkbox"/>

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	42. Fecha
Primer Apellido: Rotos Segundo Apellido: Jainet Primer Nombre: Jaine Segundo Nombre: tata	D D M M A A A A
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado
Tipo de documento de identidad: Número de documento de identidad: Sexo: Femenino Masculino	Código: Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. <input type="checkbox"/>	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. <input checked="" type="checkbox"/>
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>
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. <input type="checkbox"/>	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input checked="" type="checkbox"/>
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. <input type="checkbox"/>	
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. <input type="checkbox"/>	

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
Firma: 79413043	

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/>
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/>	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. <input type="checkbox"/>
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. <input type="checkbox"/>	63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. <input type="checkbox"/>
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. <input type="checkbox"/>	64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/>
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/>	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. <input type="checkbox"/>

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de radicación
Código del municipio: Código del departamento: Número de la ficha: Puntaje: Nivel: D D M M A A A A		
70. Datos del funcionario que realiza la validación	71. Firma del funcionario	
Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: 13 DIC 2021		
OBSERVACIONES: IBC 408526 letuo x planilla		
Cód. 682 Erika Johana Ducuara R		

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el artículo VII del formulario.