

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



RADICADO

28130726

Fecha de Radicación

3 0 0 7 2 0 2 1

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que encuentra en el sitio web del Ministerio de Salud)

Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: 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"/>		3. Régimen C. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS) 01	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres		7. Tipo documento de identidad		8. Número del documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
VARELA		CC		1038806579		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		0 7 1 0 1 9 9 0	
ROJAS				JUAN		DE JESUS			
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
0 6		Tipo F N M Condición T P				0 0	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL				16. Administradora de Pensiones			
POSITIVA S.A.				003 / PORVENIR			
17. Ingreso base de Cotización - IBC				908,526			
18. Residencia				19. Teléfono fijo			
CLL 96A N 90 BARRIO LA PL				3233738906			
Dirección				Teléfono Celular			
3203414873				transpacifico8@hotmail.com			
Correo electrónico							
20. Municipio/Distrito				21. Zona			
05172 / CHIGORODO				Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			
Localidad/Comuna				05 / ANTIOQUIA			
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		20. Tipo de documento de identidad		21. Número del documento de identidad		22. Sexo		23. Fecha de Nacimiento	
						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		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. Numero del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
B1	CUELLO	CARVAJAL	YULIETH	PAOLA					
B2	VARELA	TERAN	YELENA	SOFIA					
B3									
B4									
B5									
B1	CC	1038816180	X						
B2	RC	1038824749	X						
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios

29. Parentescos		30. Etnia		31. Discapacidad		32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
B1	CY	0 6							
B2	HI	0 6							
B3									
B4									
B5									
32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional		34. Nombre de la Institución Prestadora de los Servicios de Salud - IPS		35. Código de la IPS		36. Código de la IPS	
Municipio/Distrito		Zona Urbana Rural		Departamento		Telefonofijo y/o Celular			
B1	CHIGOROD	X		ANTIOQUIA	3218878916				
B2	CHIGOROD	X		ANTIOQUIA	3203414873				
B3									
B4									
B5									

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de los Servicios de Salud - IPS		35. Código de la IPS		36. Código de la IPS	
C	PROMEDAN CHIGORODO - P P R	PROMEDAN CHIGORODO - P P R	30300578	30300578	
B					
B					
B					

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 de documento de identificación		37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones	
CONSORCIO CIRCULAR TRANSP		NI		901269581		0 1	
39. Ubicación		40. Teléfono		41. Correo electrónico		42. Municipio/Distrito	
KILOMETRO 65		3188016637		transpacifico8@hotmail.com		QUIBDO	
Dirección		Teléfono		Correo electrónico		Departamento	
						CHOCO	

B. REPORTE DE NOVEDADES			
40. Tipo de Novedad <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de un entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente régimen <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado </div> </div>			
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD 41. Datos básicos de identificación			
Primer apellido <input type="text"/> Tipo documento de Identidad <input type="text"/>	Segundo apellido <input type="text"/> Número documento de Identidad <input type="text"/>	Primer nombre <input type="text"/> Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Segundo nombre <input type="text"/> Fecha de nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 42. Fecha 3 0 0 7 2 0 2 1
43. EPS anterior <input type="text"/>		44. Motivo de traslado <input type="text"/> 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones <input type="text"/>	
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES <input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales <input checked="" type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input checked="" type="checkbox"/> 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios <input checked="" type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de los Servicios de Salud <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran <input checked="" 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"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: CN <input type="text"/> RC <input type="text"/> TI <input type="text"/> CC <input type="text"/> PA <input type="text"/> CE <input type="text"/> CD <input type="text"/> SC <input type="text"/> Cantidad: 0 1 0 2 0 0 0 0 Total 3 <input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente <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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor <input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia <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 checked="" type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input checked="" 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			
X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL			
66. Identificación de la entidad territorial Codigo del municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>		67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	
		68. Fecha de radicación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 69. Fecha de validación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido <input type="text"/> Tipo documento de Identidad <input type="text"/>		Segundo apellido <input type="text"/> Número documento de Identidad <input type="text"/>	
		71. Firma del funcionario	
Observaciones: <hr/>			
Marque con una (X) en la casilla de respuesta correspondiente a las siguientes preguntas:			
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?		SI ()	NO ()
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?		()	()
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?		()	()
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?		()	()
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?		()	()