

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



COMFACHOCO EPS-S
NIT. 891.600.091 - 8

No. de Registro	Fecha de Registro
-----------------	-------------------

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. Registro
A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐	A. Individual: - Colitante o Cabeza de Familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Continúo ☒ B. Subsidio ☐
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de colitante	Código (a registrar por la EPS)
A. Colitante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	ecf-102

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del colitante o cabeza de familia)		A. AFILIACIÓN	
6. Apellido y nombre	7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Fecha de nacimiento
Mena	cc	11793 370	05/06/1964
10. Sexo		11. Fecha de nacimiento	
Masculino ☐ Femenino ☒		05/06/1964	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS		13. Puntaje DISCOT		14. Grupo de población especial	
11. Etnia	12. Discapacidad	15. Administración de Riesgos Laborales - ARL		16. Ingresos base de cotización - IBC	
	FINNO	Positiva		908 526	
17. Administración de Pensiones		18. Residencia		19. Teléfono fijo	
Colpensiones		Calle 25 # 113-104		Teléfono celular	
		Quibdo		Código postal	
		Zona Urbana ☒ Rural ☐		Localidad/Comuna	
				Choriz	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR			
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente colitante			
20. Apellidos y nombres	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales			
24. Apellidos y nombres	25. Número del documento de identidad	26. Sexo	27. Fecha de nacimiento
B1		Femenino ☐ Masculino ☐	
B2			
B3			
B4			
B5			

V. DATOS COMPLEMENTARIOS		30. Etnia		31. Discapacidad		32. Tipo de discapacidad	
29. Parentesco							
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
33. Datos de residencia	34. Zona	35. Departamento	36. Teléfono fijo y/o celular	37. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)			
Municipio/Distrito	Urbana ☐ Rural ☐						
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Selección de la IPS Primaria		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS			
C			
B			
B			

VI. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
38. Nombre o razón social	39. Tipo de documento de identificación	40. Número de documento de identificación	41. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Compania Comercial Poyers	NIT	901769581	
Ubicación	31880(667) francobanquechou.com		Quibdo Chou

Mano + Pluma
Radicalo

B. REPORTE DE NOVEDADES

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____ 42. Fecha: _____

Tipo documento de identidad: _____ Número del documento de identidad: _____ Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino 44. Motivo de traslado: _____ 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: _____

43. EPS anterior: _____

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

47. Declaración de la no comparencia de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.

48. Declaración de existencia de riesgos de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario.

49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios e afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia y de sus beneficiarios e afiliados adicionales.

51. 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 e afiliados adicionales.

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios e 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. Cobrador, Cobradora o Titular de la Afiliación: _____

55. Responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio: _____

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad: _____

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 sujeta 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 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: _____ 67. Datos del SISBEN: _____ 68. Fecha de radicación: _____ 69. Fecha de validación: _____

70. Datos del funcionario que realiza la validación: _____ 71. Firma del funcionario: _____

OBSERVACIONES

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.