



NIT. 800.251.440-8
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FUA Digital No. 750311301

Proceso Formulario con Firmas

Página 1 de 2

Fecha de Radicación

CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

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

| | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|--|--|---|---|--|---|
| 1. Tipo de trámite | A. Afiliación <input type="checkbox"/> | 2. Tipo de Afiliación | A. Individual | - Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> | B. Colectiva <input type="checkbox"/> | D. De Oficio <input type="checkbox"/> | 3. Régimen | A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> |
| | B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/> | | - Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/> | C. Institucional <input type="checkbox"/> | | | B. Subsidado <input type="checkbox"/> | |
| 4. Tipo de afiliado | A. Cotizante <input type="checkbox"/> | B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> | C. Beneficiario <input type="checkbox"/> | 5. Tipo de cotizante | A. Dependiente <input type="checkbox"/> | B. Independiente <input type="checkbox"/> | C. Pensionado <input type="checkbox"/> | Código (a registrar por la EPS) |

A. AFILIACIÓN

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

| | | | | |
|-----------------------------------|-----------|--------------------------------------|----------|--|
| 6. Apellidos y nombres | SALAMANCA | BUITRAGO | JAIME | ARNULFO |
| 7. Tipo de documento de identidad | CC | 8. Número del documento de identidad | 79326539 | 9. Sexo |
| | | | | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |
| | | | | 10. Fecha de nacimiento |

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

| | | | |
|---|--|--|---------------------------------|
| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial |
| | Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> | | |
| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso Base de Cotización - IBC | 1,160,000 |
| 18. Residencia | CARRERA 37 A 12 56 | Teléfono Fijo | (311) 597-7370 |
| | Municipio / Distrito | Zona | Localidad / Comuna |
| | BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL | Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> | 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 | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| | | | | |
| 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"/> | | |

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

| | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--|-------------------------|----------------|
| 24. Apellidos y nombres | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |
| 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número documento de identidad | 27. Sexo | 28. Fecha de nacimiento | |
| | | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | | |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

Datos complementarios

| | | | | |
|----------------|-----------|------------------|-------|-----------|
| 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad | Tipo | Condición |
| | | | F N M | T P |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

32. Datos de residencia

| | | | | |
|----------------------|--|--------------|---------------------------|--|
| Municipio / Distrito | Zona | Departamento | Teléfono fijo y/o Celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.) |
| | Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> | | | |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

Selección de la I.P.S. Primaria

| | |
|---|--|
| 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.) |
| C | |
| 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 (A registrar por la E.P.S.) |
| JOSE JOAQUIN TORRES RODRIGUEZ | | NI-74374389 | |
| 39. Ubicación | Dirección | Teléfono Fijo | Correo Electrónico |
| | | | |
| | | Municipio / Distrito | Departamento |

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|------------|--|
| 41. Datos básicos de identificación | | | | | | | | | |
| Primer apellido | | Segundo apellido | | Primer nombre | | Segundo nombre | | | |
| Tipo de documento de identidad | | Número del documento de identidad | | Sexo | | Fecha de Radicación | | 42. Fecha | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | | | | 30/06/2023 | |
| 43. EPS Anterior | | 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 internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud

☐ 50. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. 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

☐ 52. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje 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 |
| <p><u>Jaime Salamanca</u></p> <p>CC-79326539-SALAMANCA JAIME</p> | <p><u>Jose Joaquín Torres Rodríguez</u></p> <p>NI-74374389-JOSE JOAQUIN TORRES RODRIGUEZ</p> |

IX. ANEXOS

[illegible]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|--|--|
| 66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> | | 67. Datos del SISBÉN Número de Ficha Puntaje Nivel <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></div> </div> | | 68. Fecha de Radicación <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> | | 69. Fecha de Validación <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> | |
| 70. Datos funcionario que realiza la validación <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 25%;">Primer apellido</div> <div style="width: 25%;">Segundo apellido</div> <div style="width: 25%;">Primer nombre</div> <div style="width: 25%;">Segundo nombre</div> </div> | | | | | | | |
| 71. Tipo de documento de identidad <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> | | Número del documento de identidad <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div> | | 71. Firma del funcionario <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 40px;"></div> | | | |

Observaciones:

APLICAR FECHA DE RETIRO A:

| | | |
|---|---------------------|-----------------------|
| Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial | Sello de radicación | Sticker procesamiento |
| Estrategia Empresarial AS Ltda | | |
| C.C. No. | | |

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

junio 30, 2023 13:48