

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total
EPS-S

No de Radicación
4011913423

Fecha de Radicación
05/03/2024

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las Instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

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

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

6.Apellidos y nombres OCAMPO Primer apellido	RODRIGUEZ Segundo apellido	CARLOS Primer nombre	ANDRES Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad CC	8.Número del documento de Identidad 10001681	9.Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10.Fecha de nacimiento 05/03/1977

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia 6	12.Discapacidad Tipo FNM Condición TP	13.Puntaje SISBEN _____	14.Grupo de población especial _____
15.Administradora de riesgos Laborales - ARL POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	16.Administradora de Pensiones PORVENIR FPC	17.Ingreso base de cotización - IBC 1300000	
18.Residencia CR 10 1 03 Dirección	IBAGUE Municipio/Distrito	3134495449 Telefonos fijo zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	ANDRESOCAMPO30@HOTMAIL.COM Correo electrónico TOLIMA Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19.Apellidos y nombres completos Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20.Tipo documento de identidad _____	21.Número documento identidad _____	22.Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23.Fecha de nacimiento _____

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 documento de identidad _____	26.Número de Identidad _____	27.Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28.Fecha de nacimiento _____
B1 B2 B3 B4 B5			

Datos complementarios

29.Parentesco	30.Etnia	31.Discapacidad Tipo F N M	Condición I P	
B1 B2 B3 B4 B5		F N M	I 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)
B1 B2 B3 B4 B5				

Selección de la IPS Primaria

34.Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C VS LA QUINTA - VS LA QUINTA	Código de la IPS(a registrar por la EPS) VSLAQUINTA - VSLAQUINTA
B	
B	
B	

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

35.Nombre o razón social CARLOS ANDRES OCAMPO RODRIGUEZ	36.Tipo de identificación CC	37.Numero de docuemnto de Identificación 10001681	38.Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) 01
39.Ubicación CR 10 1 03 Dirección	3134495449 Teléfono	ANDRESOCAMPO30@HOTMAIL.COM Correo electrónico	IBAGUE Municipio/distrito
			TOLIMA Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
 2. Corrección datos básicos de identificación
 3. Actualización documento de identidad
 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
 5. Terminación de la inscripción en la EPS.

Código:

6. Reinscripción en la EPS
 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
 10. Terminación de la relación laboral o perdida 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 de fallecimiento
 16. Reporte del trámite de protección al cesante
 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

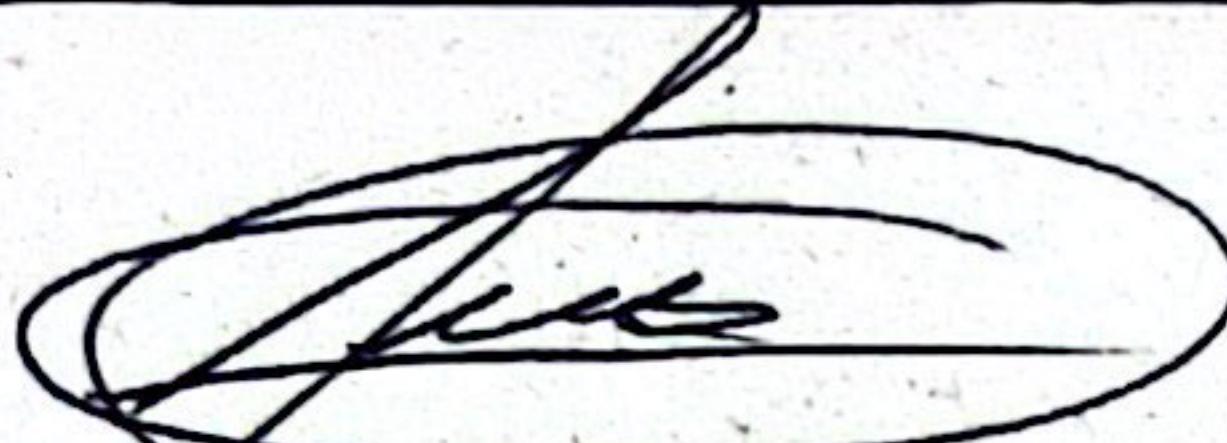
41. Datos básicos de la Identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código: <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones	
		42. Fecha 01 03 20 24	

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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora 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 celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS



54. Cotizante o 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. RC. TI. CC. PA. CE. CD. SC.
 Cantidad: Total: 0
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
 58. Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor.
 61. Copia orden judicial o 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 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 consiste 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 del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
--	-------------------------	--------------------------------------	---------	-------	-------------------------	-------------------------

70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
--	------------------	---------------	----------------

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás informaciones registradas.