



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DEL TITULAR

No. de Radicación

Fecha de Radicación



181086421

(No las inscriba en los espacios en blanco antes de diligenciar este formulario)

1. Tipo de Trámite A. Afiliación / B. Reporte de Navidades		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia / Beneficiario o Afiliado adicional		B. Colectiva	C. De Oficio	3. Régimen A. Contributivo / B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante / B. Cabeza de Familia / C. Beneficiario			5. Tipo de Cotizante A. Dependiente / B. Independiente / C. Pensionado		Código (a registrar por la EPS)	

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Arias / Segundo Apellido: Rodriguez / Primer Nombre: Diego / Segundo Nombre: Armando				
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD / RC OC PA SC		8. Número del documento de identidad 93.445.658	9. Sexo Femenino / Masculino /	10. Fecha de nacimiento 07/08/1983

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo F N M / Condición T P		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL			16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC 1.300.000
3. Residencia Dirección C11.19 sur # 1282					
Teléfono Celular 320 5210017		Correo Electrónico diegoariasrodriguez1983@gmail.com			
Municipio / Distrito Villavicencio		Zona Urbana / Rural		Departamento Meta	

19. Apellidos y nombres Primer Apellido: / Segundo Apellido: / Primer Nombre: / Segundo Nombre:				
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD / RC OC PA SC		21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino / Masculino	23. Fecha de nacimiento

Datos Básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales				
24. Apellidos y nombres	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios				
25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1		Femenino / Masculino		
B2		Femenino / Masculino		
B3		Femenino / Masculino		
B4		Femenino / Masculino		
B5		Femenino / Masculino		

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo / Condición	32. Datos de Residencia		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
		Municipio/Ciudad	Zona	
B1	F N M / T P		Urbana / Rural	
B2	F N M / T P		Urbana / Rural	
B3	F N M / T P		Urbana / Rural	
B4	F N M / T P		Urbana / Rural	
B5	F N M / T P		Urbana / Rural	

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

35. Nombre o razón social Consorcio Transporte EMSA	36. Tipo documento de identificación HT/ TI CE CC PA CD	37. Número del documento de identificación 901830981	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección Código Postal	Municipio / Distrito	Departamento	
Correo Electrónico			Teléfono Fijo

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
43. EPS anterior Sanitas		44. Motivo de traslado Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.	42. Fecha 01/05/2024
<input type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	
<input 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"/> 49. Declaración de no intermisión del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de 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 vigentes 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 2015.	
<input checked="" type="checkbox"/> 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario Diego Arias	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio Myriam Jara
--	---

<input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad	TOTAL
<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 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 acerca de la ausencia de los dos padres.	
<input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	
<input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
<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 colectiva.	

RECIBIDO PARA VERIFICACION
RECIDADO POR
14 JUNIO - 24

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio / Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número de Ficha	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
--	---	-------------------------	-------------------------

70. Datos del funcionario que realiza la validación	71. Firma del Funcionario
Primer Apellido	Segundo Apellido
Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento	Número de documento de identidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>

MIT: 900665317-8
ASOINBER

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 de formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sitio de procesamiento
--	---------------------	------------------------

