



# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA

Formulario No. 5005753

Fecha de radicación 17/10/2018

EPSIC3

## I. DATOS TRÁMITE

|   |  |   |
|---|--|---|
| Tipo de Trámite   | Tipo de afiliación:  | Regimen   |
| A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>                                      | A. Individual <input checked="" type="checkbox"/> -Cotizante o Cabeza de familia<br>B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/><br>-Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> | A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/><br>B. Subsidiado <input type="checkbox"/> |
| Tipo de afiliado:   | Tipo de Cotizante  | Código  |
| A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> | A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>  | registrar por la EPS <input type="text" value="3"/>   |

## A. AFILIACIÓN

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

|                                |                                  |   |                     |
|--------------------------------|----------------------------------|---|---------------------|
| Primer apellido                | Segundo apellido                 | Primer nombre   | Segundo nombre      |
| TUNUBALA                       | MORALES                          | MIGUEL  | ANDERSSON           |
| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo  | Fecha de nacimiento |
| CC                             | 1061772286                       | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | 19/07/1994          |

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

#### Datos personales

|  |   |                                |                              |                             |
|--|---|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Etnia                                    | Discapacidad  | Condición                      | Puntaje SISBÉN               | Grupo de población especial |
| 01 - Indígena                            | Ninguna   |                                |                              |                             |
| Administradora de Riesgos Laborales      | Administradora de Pensiones   | Ingreso base de cotización IBC |                              |                             |
| 14-23: Positiva Compania De Seguros S.A. | 25-14: Colpensiones   | \$ 781.242                     |                              |                             |
| Dirección Residencia                     | Teléfono fijo   | Celular                        | Correo electrónico cotizante |                             |
| KR 3 # 3 A - 89                          | 84700660  | 3167645007                     | madertu@hotmail.com          |                             |
| Municipio/Distrito                       | Zona  | Localidad/Comuna               | Departamento                 |                             |
| PIENDAMÓ                                 | Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> | 0035 - B. EL ROSARIO           | CAUCA                        |                             |

### IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

#### Selección de la IPS Primaria

|    |  |                       |
|----|--|-----------------------|
| No | Nombre de la IPS primaria                    | Código de la IPS      |
| 0  | IPS TOTOQUAMPA - CRA 3 Nº 4-22 BARRIO CALOTO | 1954807019 Sede: 2099 |

### V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

|                                   |                |  |
|-----------------------------------|----------------|--|
| Nombre o Razón social             | Identificación | Tipo de aportante o pagador de pensiones |
| MIGUEL ANDERSSON TUNUBALA MORALES | CC1061772286   |  |
| Dirección                         | Teléfono       | Correo electrónico                       |
| kr 3 # 3 a - 89                   | 84700660       |  |
| Municipio/Distrito                | Departamento   |  |
| PIENDAMÓ                          | CAUCA          |  |

### B. REPORTE DE NOVEDADES

|   |  |
|---|--|
| Tipo Novedad  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de 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 checked="" type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input checked="" type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.                                    | <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado   |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: <input type="text"/>                   | <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen                               |
| <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.  | <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen  |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.   |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  | <input type="checkbox"/> 16. Reporte de trámite de protección al cesante.                                      |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.                   | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.  |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado.  |

### VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

|                 |                  |               |                |                |      |                     |
|-----------------|------------------|---------------|----------------|----------------|------|---------------------|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Identificación | Sexo | Fecha de nacimiento |
|-----------------|------------------|---------------|----------------|----------------|------|---------------------|



# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de ASOCIACIÓN  
INDÍGENA DEL CAUCA

Formulario No. 5005753

Fecha de radicación 17/10/2018

EPSIC3

|            |              |                     |  |
|------------|--------------|---------------------|--|
| Fecha      | EPS anterior | Motivo del traslado | Caja de compensación familiar o pagador de pensiones |
| 01/03/2018 |              |                     |  |

## 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
- ☒ 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 o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes 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 Ley 1581 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

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario



El empleador, aportante o entidad responsable de la  
afiliación colectiva, institucional o de oficio

## IX. ANEXOS

- ☒ 56. Anexo copia de documento de identidad
- |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|
| CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC |
|    |    |    | 1  |    |    |    |    |
- Cantidad: Total 1
- ☐ 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 unión marital
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o decreto 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 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

|                                     |                                  |                           |                            |                       |                  |                  |
|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------|------------------|------------------|
| Municipio Entidad Territorial       | Departamento Entidad Territorial | No ficha SISBÉN           | Puntaje SISBÉN             | Nivel SISBÉN          | Fecha radicación | Fecha validación |
| Primer apellido Funcionario         | Segundo apellido Funcionario     | Primer nombre Funcionario | Segundo nombre Funcionario | Firma del Funcionario |                  |                  |
| Tipo de documento de identificación |                                  | Número de identificación  |                            |                       |                  |                  |

## Observaciones

Empresa:, Asesor: YOVANY CASTILLO BERMUDEZ, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico: afiliaciones\_contributivo2@aicsalud.org.co

Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA e ingresando el código:

Url: <http://contributivo.aicsalud.org.co/Publico/Publico/cqr.aspx>