

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No. de Radicación

Fecha de Radicación

D D M M A A A A

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

Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		3. Regimen C. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <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) <input type="text"/>	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/>		Primer nombre <input type="text"/> Segundo nombre <input type="text"/>	
7. Tipo documento de identidad <input type="text"/>	8. Número del documento de identidad <input type="text"/>	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia <input type="text"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>
15. Administradora de Riegos Laborales - ARL <input type="text"/>		16. Administradora de Pensiones <input type="text"/>	17. Ingreso base de Cotización - IBC <input type="text"/>
18. Residencia Dirección <input type="text"/> Teléfono fijo <input type="text"/> Teléfono Celular <input type="text"/> Correo electrónico <input type="text"/>			
Municipio/Distrito <input type="text"/>		Zona <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad/Comuna <input type="text"/> Departamento <input type="text"/>

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 <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/>		Primer nombre <input type="text"/> Segundo nombre <input type="text"/>	
20. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	21. Número del documento de identidad <input type="text"/>	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. fecha de Nacimiento D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/>				Primer nombre <input type="text"/> Segundo nombre <input type="text"/>			
B1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		26. Numero del documento de identidad <input type="text"/>		27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	
B1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datos complementarios

29. Parentescos <input type="text"/>		30. Etnia <input type="text"/>		31. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>			
B1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

32. Datos de residencia Municipio/Distrito <input type="text"/>		Zona <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Departamento <input type="text"/>		Telefonofijo y/o Celular <input type="text"/>		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <input type="text"/>	
B1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de los Servicios de Salud - IPS <input type="text"/>		Código de la IPS (a registrar por la EPS) <input type="text"/>	
C	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 <input type="text"/>		36. Tipo de documento de identificación <input type="text"/>		37. Número del documento de identificación <input type="text"/>		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) <input type="text"/>	
39. Ubicación Dirección <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/> Correo electronico <input type="text"/> Municipio/Distrito <input type="text"/> Departamento <input type="text"/>							

B. REPORTE DE NOVEDADES																											
40. Tipo de Novedad <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS <div style="margin-left: 20px;">Código <input style="width: 50px;" type="text"/></div> <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input 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. </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de un entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado</div> <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo régimen <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> B. Diferente régimen</div> <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado </div> </div>																											
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD 41. Datos básicos de identificación <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Primer apellido</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Segundo apellido</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Primer nombre</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Segundo nombre</td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Tipo documento de identidad</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Número documento de identidad</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Fecha de nacimiento</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input style="width: 150px;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> </div> <div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> </div> </div> </td> </tr> </table>										Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> </div> <div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> </div> </div>						
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre																								
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento																								
<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> </div> <div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> </div> </div>																								
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código <input style="width: 50px;" type="text"/>		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones																							
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES <input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales <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 acrediten la condición de beneficiarios <input type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de los Servicios de Salud <input 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 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran <input 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 2013 <input type="checkbox"/> 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.																											
VIII. FIRMAS <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 100px; vertical-align: bottom; border: 1px solid black;"> 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario </td> <td style="width: 50%; height: 100px; vertical-align: bottom; border: 1px solid black;"> 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio </td> </tr> </table>										54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio																
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio																										
IX. ANEXOS <input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div>CN <input style="width: 30px;" type="text"/></div> <div>RC <input style="width: 30px;" type="text"/></div> <div>TI <input style="width: 30px;" type="text"/></div> <div>CC <input style="width: 30px;" type="text"/></div> <div>PA <input style="width: 30px;" type="text"/></div> <div>CE <input style="width: 30px;" type="text"/></div> <div>CD <input style="width: 30px;" type="text"/></div> <div>SC <input style="width: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div>Cantidad:</div> <div>Total <input style="width: 50px;" type="text"/></div> </div> <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 sobre 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 de oficio																											
X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">66. Identificación de la entidad territorial Código del municipio</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Código del departamento</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">67. Datos del SISBÉN Número de ficha</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Puntaje</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Nivel</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">68. Fecha de radicación</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">69. Fecha de validación</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> </div> </div> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> </div> </div> </td> </tr> </table>										66. Identificación de la entidad territorial Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> </div> </div>				
66. Identificación de la entidad territorial Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación																					
<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">D</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> </div> </div>																					
70. Datos del funcionario que realiza la validación <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Primer apellido</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Segundo apellido</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Primer nombre</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Segundo nombre</td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Tipo documento de identidad</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Número documento de identidad</td> <td colspan="2" style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">71. Firma del funcionario</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input style="width: 150px;" type="text"/></td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table>										Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario		<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>								
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre																								
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario																									
<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>																										
Observaciones: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>																											
Marque con una (X) en la casilla de respuesta correspondiente a las siguientes preguntas: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">NO</th> </tr> <tr> <td>¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> </table>											SI	NO	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	()	()	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	()	()	¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?	()	()	¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	()	()	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	()	()
	SI	NO																									
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	()	()																									
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	()	()																									
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?	()	()																									
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	()	()																									
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	()	()																									