

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



RADICADO

No. Radicación

18765604

Fecha de Radicación

01092016

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran en el formulario antes de registrarlo)

Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" 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. Régimen C. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS) 01	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres LUNA Primer apellido		QUINTERO Segundo apellido		JUAN Primer nombre		DAVID Segundo nombre	
7. Tipo documento de Identidad CC		8. Número del documento de Identidad 8029538		9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento 19071985	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia 06		12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial 00	
15. Administradora de Riegos Laborales - ARL CIA SURAMERICANA DE SEGUR				16. Administradora de Pensiones 003 / PORVENIR		17. Ingreso base de Cotización - IBC 689,455	
18. Residencia CL 78 A 69 30 Dirección		4423984 Teléfono fijo		3147460080 Teléfono Celular		Correo electrónico	
05001 / MEDELLIN Municipio/Distrito		Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Zona Rural <input type="checkbox"/>		Localidad/Comuna		05 / ANTIOQUIA 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 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		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
25. Tipo de documento de identidad		26. Numero del documento de identidad		27. Sexo Femenino Masculino		28. Fecha de nacimiento	
B1						D D M M A A A A	
B2						D D M M A A A A	
B3						D D M M A A A A	
B4						D D M M A A A A	
B5						D D M M A A A A	

Datos complementarios

29. Parentescos		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P					
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									
32. Datos de residencia		Zona Urbana Rural		Departamento		Telefonofijo 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 los Servicios de Salud - IPS				Código de la IPS (a registrar por la EPS)			
C	COOMEVA EPS INTEGRADOS IPS LTDA SEDE ROBLEDO COOMEVA EPS INTEGRADOS IPS LTDA SEDE ROBLEDO			30100104		30100104	
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 AIBAN DARIO HERRERA VILLA		36. Tipo de documento de identificación CC		37. Número del documento de identificación 8029122		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01			
39. Ubicación CALLE 50 NO 51 - 51 Dirección		5110968 Teléfono		ppiusca@gmail.com Correo electronico		MEDELLIN Municipio/Distrito		ANTIOQUIA Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación

☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación

☐ 3. Actualización del documento de identidad

☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios

☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS

Código

☐ 6. Reinscripción en la EPS

☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 12. Desvinculación de un 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 de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de Identidad

Número documento de Identidad

Sexo

Femenino

☐

Masculino

☐

Fecha de nacimiento

D

D

M

M

A

A

A

A

0

1

0

9

2

0

1

6

42. Fecha

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 Regimen 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 acrediten la condición de beneficiarios

☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de los Servicios 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 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 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 al celular como mensajes 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

IX. ANEXOS

☒ 56. Anexo copia del documento de identidad:

CN

0

RC

0

TI

0

CC

1

PA

0

CE

0

CD

0

SC

0

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 la unión marital

☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor

☐ 61. Copia de la orden judicial o del 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 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

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

D

D

M

M

A

A

A

A

69. Fecha de validación

D

D

M

M

A

A

A

A

70. Datos del 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:

Marque con una (X) en la casilla de respuesta correspondiente a las siguientes preguntas:

¿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?

()

()

EPS-FT-144

Mod. May/2016

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 del formulario.