FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS delagente — Una marca Comfenalco Valle

No. de Radicación	Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

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

I. DATOS DEL TRÁMITE (A diligenciar por la EPS)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia ☐ • Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐	A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

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

6. Apellidos y nombres			
GOMEZ (Apellido)	RENGIFO (Apellido)	YORLANY (Nombre)	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo Biológico	10. Sexo Identificación	11. Nacionalidad	12. País de nacimiento
☐	1118283426	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál		COLOMBIA

13. Departamento de nacimiento	14. Municipio de nacimiento	15. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
CAUCA	ARGELIA	29/11/1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Discapacidad	18. Puntaje SISBÉN	19. Grupo de población especial	20. Administradora de riesgos laborales - ARL	21. Administradora de pensiones
	Tipo F N M Condición T P				

22. Ingreso base de cotización - IBC	23. Residencia		
	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana ☐ Rural ☐	Localidad / Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

24. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Biológico	28. Sexo Identificación	29. Nacionalidad	30. País de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál		

31. Departamento de nacimiento	32. Municipio de nacimiento	33. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

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

34. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	35. Tipo de documento	36. Número de documento	37. Sexo Biológico	38. Sexo Identificación	39. País de nacimiento	40. Nacionalidad	41. Municipio de nacimiento	42. Departamento de nacimiento	43. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	44. Parentesco	45. Etnia
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

	46. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	47. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	48. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	49. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		
B		
B		

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

50. Nombre o razón social	51. Tipo de documento de identificación ☐	52. Número del documento	53. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

54. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

55. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización 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 una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad Régimen Contributivo ☐ 14. Movilidad Régimen Subsidiado ☐ 15. Traslado Mismo Régimen ☐ 16. Diferente Régimen ☐
17. Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia ☐ 18. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 19. Reporte de la calidad del Pre-pensionado ☐ 20. Reporte de la calidad del Pensionado ☐
21. Reporte de pago a través de un tercero ☐ 22. Inscripción EPS retorno al país ☐ 23. Ingreso a Contribución Solidaria ☐ 24. Retiro de Contribución Solidaria ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

56. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento	Sexo Biológico	Sexo Identificación	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	57. Fecha (D D M M A A A A)
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál		

58. EPS anterior	59. Motivo de traslado Código	60. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

61. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 62. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 63. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐ 64. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐ 65. 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. ☐
66. 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. ☐
67. 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 ☐
68. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto ☐ 69. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. ☐

VIII. FIRMAS

70. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario — Se acepta únicamente firma a mano alzada	71. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio — Se acepta únicamente firma a mano alzada

IX. ANEXOS

72. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant. ☐ RC ☐ Cant. ☐ TI ☐ Cant. ☐ CC ☐ Cant. ☐ PA ☐ Cant. ☐ CE ☐ Cant. ☐ CD ☐ Cant. ☐ SC ☐ Cant. ☐ Total ☐
73. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 74. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐
75. 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 terminacióndе la unión marital. ☐
76. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 77. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 78. 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. ☐ 79. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐ 80. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 81. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio. ☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

82. Identificación de la entidad Territorial		83. Datos del SISBÉN			84. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	85. Fecha de validación (D D M M A A A A)
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel		

86. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad ☐	Número de documento de identidad	OBSERVACIONES:
87. Firma del funcionario		

Supersalud

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.

FOR-VTA-001

Vigilado Supersubsidio