

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES

AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

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

A. Afiliación

B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación

A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia

B. Colectiva

C. Institucional

D. 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

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

6. Apellidos y nombres

GOMEZ

Apellido

RENGIFO

Apellido

YORLANY

bre

Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad

8. Número de documento de identidad

118283426

9. Sexo Biológico

Femenino

Masculino

10. Sexo Identificación

F

M

T

NB

Otro

Cuál

11. Nacionalidad

12. País de nacimiento

COLOMBIA

13. Departamento de nacimiento

14. Municipio de nacimiento

15. Fecha de nacimiento

2

9

1

1

1

9

8

A

5

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

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

Femenino

Masculino

28. Sexo Identificación

F

M

T

NB

Otro

Cuál

29. Nacionalidad

30. País de nacimiento

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

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

46. Discapacidad

47. Datos de residencia

48. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

Tipo

Condición

Municipio / Distrito

Zona Urbana

Rural

Departamento

Teléfono fijo y/o celular

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

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

57. Fecha

D

D

M

M

A

A

A

A

D

D

M

M

A

A

A

A

58. EPS anterior

59. Motivo de traslado

60. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

Código

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 terminación de 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 afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

82. Identificación de la entidad Territorial

Código del municipio

Código del departamento

83. Datos del SISBÉN

Número de la ficha

Puntaje

Nivel

84. Fecha de radicación

D

D

M

M

A

A

A

A

D

D

M

M

A

A

A

A

85. Fecha de validación

86. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

87. Firma del funcionario

88. Tipo de documento de identidad

89. Número de documento de identidad

OBSERVACIONES:

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