

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



NIT: 900.604.330-0

No. de Radicación

Fecha de Radicación 22/11/2019

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

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 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 A. 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 Durango Llano Juliana	7. Tipo de documento de identidad C	8. Número de documento de identidad 1001362672	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 24/06/2001
---	--	---	--	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia E	12. Discapacidad Tipo: F N M Condición: P	13. Puntaje SISBEN 998	14. Grupo de población especial #64AD-70	15. Administradora de riesgos laborales - ARL Equidad	16. Administradora de pensiones
17. Número de identificación - IBC 828,116	18. Residencia Dg 998 #64AD-70	19. Correo electrónico Medellin	20. Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	21. Localidad - Comuna Antioquia	22. Teléfono fijo y/o celular 3152909485

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 de 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	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Tipo: F N M Condición: P	Municipio / Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono fijo y/o celular	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS Col. S Metrosalud	Código de la IPS (a registrar por la EPS) 1001
--	---

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

35. Nombre comercial Emplear S.A.S	36. Tipo de documento de identificación N	37. Número del documento de identificación 900876458	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Manizana 23 casa 6	388644891	afiliaciones 2 mek	lindos quehaceres Ruvivalche

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	1. Modificación datos básicos de identificación <input type="checkbox"/>	2. Corrección datos básicos de identificación <input type="checkbox"/>	3. Actualización documento de identidad <input type="checkbox"/>	4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/>	5. Terminación de la inscripción en la EPS <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 <input type="checkbox"/>	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/>	12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/>	13. Movilidad: A. Régimen Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> C. Régimen Pensionado <input type="checkbox"/>	14. Traslado: A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/>	15. Reporte por fallecimiento <input type="checkbox"/>	16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/>	17. Reporte de la calidad del Pre-pensionado <input type="checkbox"/>	18. Reporte de la calidad del Pensionado <input type="checkbox"/>
---------------------	--	--	--	---	---	---	---	---	--	--	---	---	--	---	--	---	---	---

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	42. Tipo de documento de identidad	43. Número de documento de identidad	44. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	45. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	46. Fecha de radicación 22/11/2019
47. EPS anterior	48. Motivo de traslado Código	49. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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 acreditan la condición de beneficiarios. <input type="checkbox"/>	49. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	--	---	--	---	---

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario Juliana Durango	55. El representante legal o el representante autorizado de la entidad prestadora de servicios de salud o de la entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio [Firma]
---	--

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> Nacional <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 pape de entrega al 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. <input type="checkbox"/>
---	--	---	---	--	--	--	---	---	--

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial Código del municipio Código del departamento	67. Datos del SISBEN Número de la 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	71. Firma del funcionario	OBSERVACIONES:	

VIGILADO SUPERVISADO

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.



22 NOV 2019

Kelly 305 JAC