

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



No. de Radicación: D D M M A A A A

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual - Colitante o cabeza de Familia B. Beneficiario o afiliado adicional	3. Régimen A. Contributivo B. Subsidio	4. Tipo de afiliado A. Colitante B. Cabeza de familia C. Beneficiario	5. Tipo de colitante A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado
--	--	--	--	---

Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres: Gutiérrez

7. Tipo de documento de identidad: C

8. Número de documento de identidad: 1043025009

9. Sexo: F Femenino M Masculino

10. Fecha de nacimiento: 26/07/1992

11. Etnia: Mestizo

12. Ocupación: Trabajador

13. Puntaje SISBEN: 4

14. Grupo de población especial: No

15. Administración de riesgos laborales (ARL): M-894

16. Lugar de nacimiento: Bogotá

17. Ingresos: \$ 1.000.000

18. Residencia: Urbana

19. Zona: Urbana

20. Localidad / Comuna: Bogotá

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente colitante)

19. Apellidos y nombres: Natalia

20. Tipo de documento de identidad: C

21. Número de documento de identidad: 1000930232

22. Sexo: F Femenino M Masculino

23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

24. Apellidos y nombres: Gutiérrez

25. Tipo de documento de identidad: C

26. Número de documento de identidad: 1000930232

27. Sexo: F Femenino M Masculino

28. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

IV. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES

Beneficiario	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

25. Tipo de documento de identidad: C

26. Número de documento de identidad: 1000930232

27. Sexo: F Femenino M Masculino

28. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

29. Datos complementarios: 29. Período

30. Etnia: Mestizo

31. Ocupación: Trabajador

32. Datos de residencia: Municipio / Distrito

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

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

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - EPS: Unión Temporal Outsourcing CIAF

35. Tipo de documento de identificación: C

36. Número de documento de identificación: 1000930232

37. Tipo de aportante o pagador prestaciones (a registrar por la EPS): A. Mismo Régimen

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

40. 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 ☐ 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 ☐ 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: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidio ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte por fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad del Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad del Pensionado ☐

41. Datos básicos de identificación: Gutiérrez

42. Tipo de documento de identidad: C

43. Número de documento de identidad: 1000930232

44. Sexo: F Femenino M Masculino

45. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

46. EPS anterior: Unión Temporal Outsourcing CIAF

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen 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 acreditan la condición de beneficiarios: ☐ 49. Declaración de no información del colitante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud: ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del colitante 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 atención del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran: ☐ 52. Autorización para que la EPS realice los datos personales del colitante 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 1877 de 2013: ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto: ☐ 54. El colitante, cabeza de familia o beneficiario: ☐ 55. El empleador, aportante o pagador de prestaciones: ☐

VIII. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: ☐ Cont. ☐ RC ☐ Cont. ☐ TI ☐ Cont. ☐ CC ☐ Cont. ☐ PE ☐ Cont. ☐ CE ☐ Cont. ☐ CD ☐ Cont. ☐ SC ☐ Cont. ☐ Total ☐

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 la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare 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 sujeta por el colitante 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: ☐

IX. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio

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. Tipo de documento de identidad: C

72. Número de documento de identidad: 1000930232

73. Observaciones:

74. Firma del funcionario:

**UNION TEMPORAL
OUTSOURCING
CIAF**
Nº 1-801.677.078-1
AFILIACIONES

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

VIA 11. ADO Superintendencia