

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
-------------------	--

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 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 A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input 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)

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: ZAPATA Segundo Apellido: DE GARCÍA	Primer Nombre: MARIA Segundo Nombre: EUGENIA
7. Tipo de documento de identidad: EG	8. Número de documento de identidad: 39167128
9. Sexo: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento: 23/11/1962

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SURA	16. Administradora de pensiones: COLFONDOS
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.300.000	18. Residencia: VEREDA LA QUIEBRA	Dirección: CALDAS Municipio / Distrito: C. Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/>		Localidad / Contorno: ANTIOQUIA Departamento	
Correo electrónico: CALDAS			Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/>		16. Administradora de pensiones: COLFONDOS
Teléfono fijo: 3128399282			Teléfono celular: 3128399282		16. Administradora de pensiones: COLFONDOS

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: 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 Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:					
25. Tipo de documento de identidad: B1 B2 B3 B4 B5	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
31. Discapacidad: Tipo: F N M Condición: T P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito: Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento: Teléfono fijo y/o celular:	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: Col: B B B B	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
--	---

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

35. Nombre o razón social: UNION TEMPORAL OUTSOURCING CIAF	36. Tipo de documento de identificación: NIT	37. Número del documento de identificación: 901677020-1	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: KM 4 + 700 M PARQUE ZIMURA	7008150 teléfono	UTAFILIACIONES@GMAIL.COM Correo electrónico	FLORIDABLANCA Municipio / Distrito SANTANDER Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

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 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: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado 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

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: Número de documento de identidad: Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento: D D M M A A A A: 27/10/120219
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 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 interacción del cotizante, 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 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 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: *Maria Eugenia Zapata*

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la prestación de servicios: *Koner Aguilar*

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. PA Cant. CE Cant. CD Cant. SC Cant. 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 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 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		
72. Tipo de documento de identidad: Número de documento de identidad: OBSERVACIONES:			

VIGILADO SuperSalud

VIGILADO SuperSubsidiado

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.

UNION TEMPORAL OUTSOURCING CIAF NIT: 901.677.020-1 AFILIACIONES