116

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

Empresa Solidaria de Salud
Emisanar
¡Siempre cerca de Usted!

Número de Radicación	Fecha de Radicación
1769003	21 / 01 / 2019

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

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación			3. Régimen
A. Afiliación [ ]	A. Individual:	- Cotizante o Cabeza de Familia [X]		A. Contributivo [ ]
B. Tipo de Novedad [X]		- Beneficiario o afiliado adicional [ ]		B. Subsidiado [X]
	B. Colectiva [ ]	C. Institucional [ ]	D. De oficio [ ]	

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [X] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C.Pensionado [ ]	

A. AFILIACION

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

6. Apellidos y nombres completos			
AGUIRRE Primer Apellido	POLANIA Segundo Apellido	CONSUELO Primer Nombre	 Segundo Nombre

7. Tipo de Documento de Identidad:	8. Número Documento de Identidad:	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	31158070	Femenino [X] Masculino [ ]	05 / 05 / 1960

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje Sisben	14. Grupo Población Especial
	- Tipo: F [ ] N [ ] M [ ] - Condición: T [ ] P [ ]	36.1	

15. Administradora de Riesgos Laborales -- ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC

18. Residencia			
CLL 24 33 41 Dirección	 Teléfono Fijo	3177378450 Teléfono Celular	 Correo Electrónico

PALMIRA Municipio /Distrito	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	BARRIO NUEVO Localidad / Comuna	VALLE Departamento

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 completos			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de Documento de Identidad:	21. Número Documento de Identidad:	22. Sexo	23. Fecha de Nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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	26. Número de documento de identidad	27. Sexo F / M	28. Fecha de nacimiento DD / MM / AAAA

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad F / N / M	Condición T / P

32. Datos de residencia

	Municipio / Distrito	Zona Urbana / Rural	Departamento	Teléfono Fijo y / o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional

Selección de la IPS PRIMARIA

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS
ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE - PALMIRA (VALLE)	765200302949

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo de documento de Identificación	37. documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

FC(1).

112

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y/o corrección 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 registrar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Movilidad — [ ] A. Régimen Contributivo — [ ] B. Régimen Subsidiado
- [X] 14. Traslado — [X] A. Mismo Régimen — [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de Documento de Identidad:	Número Documento de Identidad	Sexo	Fecha de Nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		

43. EPS anterior	44. Motivo de Traslado	45. Caja de compensación Familiar o Pagador de Pensiones
ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO - EMSSANAR	Código 1	

VII. DECLARACIONES

- [ ] 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 la 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 internación 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.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 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.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envié información al correo electrónico ó al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El Cotizante, cabeza de familia o Beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación Colectiva, Institucional o de Oficio.
Consuelo Alive 31154070	

IX. ANEXOS

- [X] 56. Anexo copia del documento de Identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total:
Cantidad:				1					1

- [ ] 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. Copia Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o de la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha radicación	69. Fecha de Validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		21 01 2019

70. Datos funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de Documento Identidad:	Numero documento de Identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones:

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.