

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

190

Empresa Solidaria de Salud



Página 1 de 2

Número de Radicación
1802363

Fecha de Radicación
06 02 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. Tipo de Novedad <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 type="checkbox"/> B. Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/>
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código <input type="text"/>

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: CC	8. Número Documento de Identidad: 31158070	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de Nacimiento 05 05 1960

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad - Tipo: F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> - Condición: T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	13. Puntaje Sisben 36.1	14. Grupo Población Especial
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 <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	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 Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de Nacimiento

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 ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE - PALMIRA (VALLE)	Código de la IPS 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

TC (1)

40. Tipo de Novedad	<input type="checkbox"/> 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/o corrección datos complementarios. <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la Inscripción en la EPS. Código <input type="text"/> <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 registrar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 13. Movilidad <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/> 14. Traslado <input checked="" type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento. <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante. <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado.
---------------------	--	--

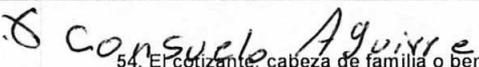
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento de Identidad: <input type="checkbox"/>	Número Documento de Identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento
43. EPS anterior ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO - EMSSANAR		44. Motivo de Traslado Código <input type="text" value="1"/>	45. Caja de compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES

<input type="checkbox"/> 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 la 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 internación 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 checked="" type="checkbox"/> 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. <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 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.
--	--

IX. ANEXOS

<input checked="" type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de Identidad: <i>31158070 Palauiva</i>	<table border="1"> <tr> <td>CN</td> <td>RC</td> <td>TI</td> <td>CC</td> <td>PA</td> <td>CE</td> <td>CD</td> <td>SC</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC				1					Total: <input type="text" value="1"/>
CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC											
			1															
<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 acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/> 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. <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.																		

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	<input type="text"/>	<input type="text" value="06"/> <input type="text" value="02"/> <input type="text" value="2019"/>

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

20. Tipo de Documento Identidad: <input type="checkbox"/>	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.