

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

116

Empresa Solidaria de Salud		Página 1 de 2	
		Número de Radicación 1769003	Fecha de Radicación 21 01 2019
I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)			
1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☐ B. Tipo de Novedad ☒	2. Tipo de Afiliación A. Individual: ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☒	
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☐ B. Cabeza de Familia ☒ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	Código	
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 ☒ Masculino ☐	10. Fecha de Nacimiento 05 05 1960
III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales			
11. Etnia	12. Discapacidad - Tipo: F ☐ N ☐ M ☐ - Condición: T ☐ P ☐	13. Puntaje Sisben 36.1	14. Grupo Población Especial
15. Administradora de Riesgos Laborales -- ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IEC	
18. Residencia CLL 24 33 41 Dirección	Teléfono Fijo	3177378450 Teléfono Celular	Correo Electrónico
PALMIRA Municipio / Distrito	Zona: Urbana ☒ 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 Femenino ☐ Masculino ☐	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
Selección de la IPS PRIMARIA			33. Valor de la UPC del afiliado adicional
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

ECI)

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
- ☒ 14. Traslado ☒ 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:		Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino	Fecha de Nacimiento
Número Documento de Identidad		42. Fecha	

43. EPS anterior

ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO - EMSSANAR

44. Motivo de Traslado

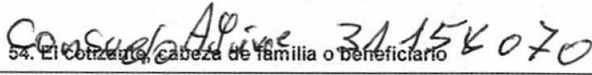
Código 1

45. Caja de compensación Familiar o Pagador de Pensiones

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.
- ☒ 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.
- ☒ 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 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

☒ 56. Anexo copia del documento de Identidad:	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Cantidad:	Total:
☐ 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 de Identidad:		71. Firma del funcionario	
Número documento de Identidad			

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.