

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

# SaludTotal<sup>EPS-S</sup>

No de Radicacion

4003252949

Fecha de Radicación

07/02/2019

## I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		2. Tipo afiliación A. Individual: <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/>		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" 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"/>		6. Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/>	

## A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres FLOREZ Primer apellido		MENDOZA Segundo apellido		JOAQUIN Primer nombre		ANTONIO Segundo nombre	
7. Tipo documento de Identidad CC		8. Número del documento de Identidad 1062805347		9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento 14/06/1985	

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia 6		12. Discapacidad Tipo <input checked="" type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>		13. Puntaje SISBEN <input type="text"/>		14. Grupo de población especial <input type="text"/>	
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A		16. Administradora de Pensiones INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL		17. Ingreso base de cotización - IBC 2191924			
18. Residencia DG 1 A 20 LUIS CARLOS GALAN Dirección		Teléfono fijo 3234631980		Teléfono celular NOTIENECORREO@GMAIL.COM			
LA JAGUA DE IBIRICO Municipio/Distrito		Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad / comuna		Departamento CESAR	

## 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 documento de identidad		21. Número documento 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 documento de identidad		26. Número de identidad		27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		28. Fecha de nacimiento	

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>		32. Datos de residencia Municipio/Distrito	
B1		B2		B3		B4	
B5		B6		B7		B8	
B9		B10		B11		B12	
B13		B14		B15		B16	
B17		B18		B19		B20	
B21		B22		B23		B24	
B25		B26		B27		B28	
B29		B30		B31		B32	
B33		B34		B35		B36	
B37		B38		B39		B40	
B41		B42		B43		B44	
B45		B46		B47		B48	
B49		B50		B51		B52	
B53		B54		B55		B56	
B57		B58		B59		B60	
B61		B62		B63		B64	
B65		B66		B67		B68	
B69		B70		B71		B72	
B73		B74		B75		B76	
B77		B78		B79		B80	
B81		B82		B83		B84	
B85		B86		B87		B88	
B89		B90		B91		B92	
B93		B94		B95		B96	
B97		B98		B99		B100	

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C CARBOSALUD LTDA CP LA JAGUA - CARBOSALUD LTDA CP LA JAGUA		Código de la IPS (a registrar por la EPS) CARBOSALUD - CARBOSALUD	
B		B	
B		B	
B		B	

## 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 MECANICOS ASOCIADOS SA		36. Tipo de identificación NIT		37. Número de documento de identificación 891102723		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01	
39. Ubicación CR 18 N 164 22 TOBERIN Dirección		5951222 Teléfono		DOLLY.QUINTERO@STORK.COM Correo electrónico		MEDELLIN Municipio/distrito	
						ANTIOQUIA 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/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
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 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 de fallecimiento
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

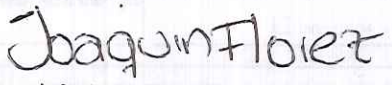

## 41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha			
<input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		07/02/2019			
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código: <input type="checkbox"/>		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 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 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 celular como mensaje de texto

## VIII. FIRMAS

 54. Cotizante o 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: ☐ 0

☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ 58. Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor

☐ 61. Copia orden judicial o 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 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 consiste 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 SISBEN Número ficha		Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario					
<input type="checkbox"/>									
Observaciones									

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.