

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



No. de Radicación: \_\_\_\_\_ Fecha de Radicación: \_\_\_\_\_

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación  B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia  B. Colectiva  C. Institucional  D. De otro

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 (a registrar por la EPS): \_\_\_\_\_

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

6. Apellidos y nombres: Sánchez Zapata Alexandra Milena

7. Tipo de documento de identidad:  RC 1039467802 8. Número de documento de identidad: 1039467802 9. Sexo: Femenino  Masculino  10. Fecha de nacimiento: 06/08/1996

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)**

11. Etnia: \_\_\_\_\_ 12. Discapacidad: Tipo  Comorbido  13. Puntaje SISBEN: \_\_\_\_\_ 14. Grupo de población especial: \_\_\_\_\_ 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Positiva 16. Administradora de pensiones: Protección

17. Ingreso base de cotización - IBC: 900.000 18. Residencia: Medellin 19. Teléfono: 3052255194

Zona: Urbana  Rural  Departamento: Antioquia

**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: \_\_\_\_\_ 20. Tipo de documento de identidad: \_\_\_\_\_ 21. Número de documento de identidad: \_\_\_\_\_ 22. Sexo: Femenino  Masculino  23. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales**

B1	B2	B3	B4	B5
Primer Apellido: <u>Quarin</u>	Segundo Apellido: <u>Sánchez</u>	Primer Nombre: <u>Violetta</u>	Segundo Nombre: _____	
25. Tipo de documento de identidad: <u>RC</u>	26. Número de documento de identidad: <u>1011519102</u>	27. Sexo: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento: <u>11/07/2017</u>	29. Etnia: <u>hija</u>

**31. Discapacidad** Tipo: F  N  M  T  P  Condición: \_\_\_\_\_

**32. Datos de residencia** Municipio / Distrito: Medellin Zona: Urbana  Rural  Departamento: Antioquia Teléfono fijo y celular: \_\_\_\_\_

**33. Valor de la UPB** (a registrar por la EPS): 0.2 FEB 2018

**34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS**

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: Box lab S.A.S 36. Tipo de documento de identificación: NT 37. Número del documento de identificación: 900367821 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS): \_\_\_\_\_

38. Ubicación: CR 77B 48C-64 39. Correo electrónico: 4447286 40. Departamento: Medellin Antioquia

**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. Remoción 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 adopción de cotización 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 cotizante  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: Tipo de documento de identidad: \_\_\_\_\_ Número de documento de identidad: \_\_\_\_\_ Sexo: Femenino  Masculino  Fecha de nacimiento: 01/10/12/2018 42. Fecha: 01/10/12/2018

43. EPS anterior: \_\_\_\_\_ 44. Motivo de traslado: comtaria 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: comtaria

**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 intromisión del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo 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 1277 de 2013.  53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

**VIII. FIRMAS**

Alexandra Sánchez Yasmin Lopez

**IX. ANEXOS**

56. Anexo copia del documento de identidad: CI  Cant.  RC  Cant.  TI  Cant.  CC  Cant.  PA  Cant.  OE  Cant.  CO  Cant.  SO  Cant.  Total: \_\_\_\_\_

57. Copia del acta de inscripción 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 de hecho.  59. Copia de la escritura pública o 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 de hecho.  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 el que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de detención de los padres o la declaración sujeta 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 afiliación 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 último.

**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 de la ficha: \_\_\_\_\_ Puntaje: \_\_\_\_\_ Nivel: \_\_\_\_\_ 68. Fecha de radicación: \_\_\_\_\_ 69. Fecha de validación: \_\_\_\_\_

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Tipo de documento de identidad: \_\_\_\_\_ Número de documento de identidad: \_\_\_\_\_ OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

VERIFIED BY SUPERVISOR

VERIFIED BY SUPERVISOR