

 <p>GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS <small>"El autocuidado en salud para un buen vivir"</small></p>	<p>FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS</p>		<p>Código: AS-FR-001 Versión: 02 Vigencia: 29/11/2021</p>
---	---	--	---

No. de Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

<p>1. Tipo de Trámite</p> <p>A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/></p>	<p>2. Tipo de Trámite</p> <p>- Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/></p> <p>A. Individual</p> <p>- Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/></p> <p>B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. de oficio <input type="checkbox"/></p>	<p>3. Régimen</p> <p>A. Contributivo <input type="checkbox"/></p> <p>B. Subsidiado <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Tipo de afiliado</p> <p>A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/></p>	<p>5. Tipo de cotizante</p> <p>A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/></p>	<p>Código (a registrar por la EPS)</p>

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION(del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
7. Tipo de Documento de Identidad	8. Número del documento de Identidad	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de Nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales			
11. Etnia	12. Discapacidad F N M Tipo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13. Puntaje Sisben T P Condicion <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14. Grupo Población Especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC	
18. Residencia			
Dirección		Teléfono	
Municipio/Distrito		Correo electrónico	
Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad/Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del conyugue o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de Documento de Identidad	21. Número del 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
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
25. Tipo de documento de identidad	26. Número del Documento de identidad	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
		Tipo		Condición		
		F	N	M	T	P
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						
33. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B	
B	
B	

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento	37. Número del documento de identidad	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. Ubicación			
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito
		Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

<p>40. Tipo de Novedad</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación..</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS</p>	<p><input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo. <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado. <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen.</p>
---	---

14. Traslado. B. Diferente Régimen.

Código

6. Reinscripción en la EPS. 15. Reporte de fallecimiento.

7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. 16. Reporte del trámite de protección al cesante.

8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.

9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. 18. Reporte de calidad de Pensionado.

10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

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 del documento de Identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento
			Fecha

.43. EPS anterior	.44. Motivo traslado Código	.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 los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no intención del cotizante, cabeza de familia, beneficiario 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 e familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la 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 o 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 o Institucional o de Oficio
--	--

IX. ANEXOS

56. Copia del documento de identidad:

CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	
Cantidad: <input type="checkbox"/>								Total:

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

58. Copia del registro civil de matrimonio, o de 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. 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. Certificado 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 Código del Municipio Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN Número de 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
-----------------	------------------	---------------	----------------

71. Firma del funcionario

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad
-----------------------------	-----------------------------------

OBSERVACIONES :

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