



FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Código: AS-FR-001
Versión: 01
Vigencia: 28/02/2017

No. de Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite
2. Tipo de Trámite - Cotizante o Cabeza de Familia
3. Régimen
4. Tipo de afiliado
5. Tipo de cotizante
Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres
7. Tipo de Documento de Identidad
8. Número del documento de Identidad
9. Sexo
10. Fecha de Nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales
11. Etnia
12. Discapacidad
13. Puntaje Sisben
14. Grupo Población Especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
16. Administradora de Pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC
18. Residencia
Dirección
Teléfono
Correo electrónico
Zona
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
20. Tipo de Documento de Identidad
21. Número del documento de Identidad
22. Sexo
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 del Documento de identidad
27. Sexo
28. Fecha de nacimiento

Datos Complementarios

29. Parentesco
30. Etnia
31. Discapacidad
33. Datos de Residencia
33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

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)

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

40. Tipo de Novedad	
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.	<input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo.
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado.
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS	<input type="checkbox"/> 14. Traslado. <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen.
Código	<input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen.
<input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.	<input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
<input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de calidad de Pensionado.
<input type="checkbox"/> 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

<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 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 intención del cotizante, cabeza de familia, beneficiario 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 e familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
<input type="checkbox"/> 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
<input 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 type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 56. Copia del documento de identidad:	CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/>	Total:
Cantidad: <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente, emitido por la autoridad competente.		
<input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de 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. 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.		
<input type="checkbox"/> 63. Copia de la Autorización de traslado, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.		
<input type="checkbox"/> 64. Certificado 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 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
Tipo documento de identidad		Número del documento de identidad		71. Firma del funcionario		

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

	<p style="text-align: center;">SOLICITUD DE MOVILIDAD ENTRE REGÍMENES REGÍMENES «DECRETO 2353 DE 2015 / RESOLUCIÓN 2635 DE 2014» RESOLUCIÓN 2635 DE 2014»</p>		Codigo: AS-FR-003
			Versión: 01
			Vigencia: 16/03/2017

Señores:
EPS-I MALLAMAS
 Ipiales-Nariño

ASUNTO: Autorización para aplicación de movilidad entre regímenes al subsidiado

Teniendo en cuenta, lo establecido en el artículo 32 del Decreto 692 de 1994, referente a que se debe realizar el informe de novedades en relación con desvinculaciones o retiros a más tardar el último día del mes, con el propósito de evitar el cobro coactivo de las cotizaciones imputables a estos afiliados.

Por medio del presente, yo _____ identificado (a) con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, me permito autorizar a la EPS Indígena MALLAMAS aplique la Movilidad entre regímenes a mí y a mi grupo familiar al régimen subsidiado, en la fecha que cumpla con los requisitos establecidos en el Decreto 2353 de 2015 y haya perdido mi capacidad de pago.

Para constancia firmo la presente autorización a los _____ días del mes de _____ del año _____

Atentamente,

 C.C.