

FORMULARIO NO APTO PARA DILIGENCIAR

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN DE AFILIADOS Y NOVEDADES

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES ANTES DE DILIGENCIAR ÉSTE FORMULARIO

No.

CÓDIGO 013

|            |                          |         |                          |            |                          |           |                          |                   |  |                        |     |     |     |
|------------|--------------------------|---------|--------------------------|------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------------------|--|------------------------|-----|-----|-----|
| AFILIACIÓN | <input type="checkbox"/> | NOVEDAD | <input type="checkbox"/> | INDIVIDUAL | <input type="checkbox"/> | COLECTIVA | <input type="checkbox"/> | No. DE RADICACIÓN |  | FECHA DE DILIGIAMIENTO | DIA | MES | AÑO |
|------------|--------------------------|---------|--------------------------|------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------------------|--|------------------------|-----|-----|-----|

PARTE I, INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE O CABEZA DE GRUPO. Por favor seleccione con una equis (X) el tipo de cotizante que representa

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>DEPENDIENTE</b><br><input type="checkbox"/> Empleado<br><input type="checkbox"/> Servidor Público<br><input type="checkbox"/> Servicio Doméstico<br><input type="checkbox"/> Aprendiz Sena Etapa Lectiva | <input type="checkbox"/> Aprendiz Sena Etapa Productiva<br><input type="checkbox"/> Aprendiz Universitario<br><input type="checkbox"/> Practicante<br><input type="checkbox"/> Cooperativas y Pre cooperativa de Trabajo Asociado<br><input type="checkbox"/> Otros _____ | <input type="checkbox"/> <b>PENSIONADOS</b><br><input type="checkbox"/> Jubilación<br><input type="checkbox"/> Sustitución<br><input type="checkbox"/> Pensión Compartida<br><input type="checkbox"/> Otros _____ | <input type="checkbox"/> <b>INDEPENDIENTES</b><br><input type="checkbox"/> Persona Natural<br><input type="checkbox"/> Contratista<br><input type="checkbox"/> Subsidio de Desempleo<br><input type="checkbox"/> Tipo 41 Pago por Tercero<br><input type="checkbox"/> Tipo 42 Pago solo Salud | <input type="checkbox"/> Agremiado<br><input type="checkbox"/> Empleo de Emergencia<br><input type="checkbox"/> Primer Empleo (Tipo D)<br><input type="checkbox"/> Madre/Padre Comunitario con Administradora<br><input type="checkbox"/> Madre/Padre Comunitario sin Administradora |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

PARTE II, TIPO DE NOVEDAD A REPORTAR ( Elija la novedad que está presentando y seleccione con una equis (X) )

|                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS</b><br><input type="checkbox"/> 1 Documentos de Identificación<br><input type="checkbox"/> 2 Nombres y Apellidos<br><input type="checkbox"/> 3 Estado Civil | <b>INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS</b><br><input type="checkbox"/> 4 Beneficiarios Directos<br><input type="checkbox"/> 5 Beneficiarios UPC Adicional<br><input type="checkbox"/> 6 Beneficiarios Recién Nacidos | <b>INGRESO / SALIDA DEL PAIS</b><br><input type="checkbox"/> 7 Interrupción de Afiliación por salida del país<br><input type="checkbox"/> 8 Activación de Afiliación por ingreso al país | <b>RETIRO AFILIADOS COTIZANTE</b><br><input type="checkbox"/> 9 Pérdida de capacidad de pago<br><input type="checkbox"/> 10 Traslado a Régimen de Excepción<br><input type="checkbox"/> 11 Traslado a Régimen Subsidiado | <b>EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS</b><br><input type="checkbox"/> 12 Separación o Divorcio<br><input type="checkbox"/> 13 Traslado a Régimen de Excepción<br><input type="checkbox"/> 14 Traslado a Régimen Subsidiado<br><input type="checkbox"/> 15 Fallecimiento | <b>TRASLADO</b><br><input type="checkbox"/> 16 Beneficiario entre cotizantes<br><input type="checkbox"/> 17 Cotizante a Beneficiario<br><input type="checkbox"/> 18 Beneficiario a Cotizante<br><input type="checkbox"/> 19 Dependiente a Pensionado | <b>NOVEDADES COTIZANTE</b><br><input type="checkbox"/> 20 Dependiente a Independiente<br><input type="checkbox"/> 21 Independiente a Dependiente<br><input type="checkbox"/> 22 Independiente a Pensionado | <b>NOVEDADES BENEFICIARIO</b><br><input type="checkbox"/> 23 Empleador Adicional<br><input type="checkbox"/> 24 Reingreso a la EPS<br><input type="checkbox"/> 25 Unificación Cónyuges<br><input type="checkbox"/> 26 Discapacidad<br><input type="checkbox"/> 27 Incapacidad<br><input type="checkbox"/> 28 Estudios |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

PARTE III, INFORMACIÓN DE COTIZANTE Y BENEFICIARIOS (ESTA INFORMACIÓN DEBE SER DILIGENCIADA EN SU TOTALIDAD Y CORRESPONDE A LOS DATOS REQUERIDOS POR LA EPS DEL COTIZANTE Y SUS BENEFICIARIOS)

|    |                                     |                 |                     |                      |                      |               |                                                          |                              |               |                         |                     |                            |     |  |                                    |                        |  |  |  |  |  |  |  |
|----|-------------------------------------|-----------------|---------------------|----------------------|----------------------|---------------|----------------------------------------------------------|------------------------------|---------------|-------------------------|---------------------|----------------------------|-----|--|------------------------------------|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 1  | DATOS GENERALES                     |                 |                     |                      |                      |               | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN                                 | APELIDOS Y NOMBRES COMPLETOS | SEXO          |                         | FECHA DE NACIMIENTO |                            |     |  |                                    |                        |  |  |  |  |  |  |  |
|    | Tipo de identificación              | Parentesco      | Nivel Educativo     | Etnia                | Tipo de Discapacidad | UPC Adicional |                                                          |                              | F             | M                       | DIA                 | MES                        | AÑO |  |                                    |                        |  |  |  |  |  |  |  |
|    | C.                                  |                 |                     |                      |                      |               |                                                          |                              |               |                         |                     |                            |     |  |                                    |                        |  |  |  |  |  |  |  |
|    | 1                                   |                 |                     |                      |                      |               |                                                          |                              |               |                         |                     |                            |     |  |                                    |                        |  |  |  |  |  |  |  |
|    | 2                                   |                 |                     |                      |                      |               |                                                          |                              |               |                         |                     |                            |     |  |                                    |                        |  |  |  |  |  |  |  |
| 2  | INFORMACIÓN EXCLUSIVA DEL COTIZANTE |                 |                     |                      |                      |               | ESTADO CIVIL                                             |                              |               | CÓNYUGE COTIZA AL SGSSS |                     | IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE |     |  | TIPO DE IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE |                        |  |  |  |  |  |  |  |
|    | Fecha de Afiliación al SGSSS        |                 |                     |                      |                      |               | S                                                        | C                            | D             | UL                      | V                   | SI                         | NO  |  |                                    |                        |  |  |  |  |  |  |  |
|    | D M A                               |                 |                     |                      |                      |               | CELULAR PERSONAL                                         |                              |               |                         | CORREO ELECTRONICO  |                            |     |  | TEL. CONTACTO DE UN FAMILIAR       |                        |  |  |  |  |  |  |  |
|    | ORIGEN DE AFILIACIÓN                |                 |                     |                      |                      |               | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ENTIDAD DE PREVISIÓN ANTERIOR |                              |               |                         |                     |                            |     |  |                                    | IPS ASIGNADA           |  |  |  |  |  |  |  |
|    | Nuevo en SGSSS                      | Traslado de EPS | Traslado de Régimen | Reingreso / Traslado | Código EPS Anterior  |               | Excepción de movilidad                                   |                              | Justificación |                         | CÓDIGO DE NOVEDAD   | Dirección de Residencia    |     |  |                                    |                        |  |  |  |  |  |  |  |
|    |                                     |                 |                     |                      |                      |               | SI                                                       | NO                           | Sin Cobertura | Unificación del Grupo   |                     |                            |     |  |                                    |                        |  |  |  |  |  |  |  |
|    |                                     |                 |                     |                      |                      |               |                                                          |                              |               |                         |                     |                            |     |  |                                    |                        |  |  |  |  |  |  |  |
|    |                                     |                 |                     |                      |                      |               |                                                          |                              |               |                         |                     |                            |     |  |                                    |                        |  |  |  |  |  |  |  |
| C. |                                     |                 |                     |                      |                      |               |                                                          |                              |               |                         |                     |                            |     |  |                                    | IPS de Atención Médica |  |  |  |  |  |  |  |
|    |                                     |                 |                     |                      |                      |               |                                                          |                              |               |                         |                     |                            |     |  |                                    |                        |  |  |  |  |  |  |  |
|    |                                     |                 |                     |                      |                      |               |                                                          |                              |               |                         |                     |                            |     |  |                                    |                        |  |  |  |  |  |  |  |
|    |                                     |                 |                     |                      |                      |               |                                                          |                              |               |                         |                     |                            |     |  |                                    |                        |  |  |  |  |  |  |  |
|    |                                     |                 |                     |                      |                      |               |                                                          |                              |               |                         |                     |                            |     |  |                                    |                        |  |  |  |  |  |  |  |

VÁLIDO SOLO CON LAS (2) HOJAS

FORMULARIO NO APTO PARA DILIGENCIAR

Observaciones:

PARTE IV, INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR - TRABAJADORES DEPENDIENTES Y PENSIONADOS

|                                  |  |      |  |                          |  |    |  |                                           |  |  |  |                                  |  |  |  |                                     |  |  |  |                                   |  |  |  |
|----------------------------------|--|------|--|--------------------------|--|----|--|-------------------------------------------|--|--|--|----------------------------------|--|--|--|-------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------|--|--|--|
| Tipo de Identificación Empleador |  |      |  | Número de Identificación |  |    |  | Nombre o Razón Social ó Entidad Pensional |  |  |  | Dirección Sede Principal         |  |  |  |                                     |  |  |  |                                   |  |  |  |
| NIT                              |  | C.C. |  | C.E.                     |  | DV |  |                                           |  |  |  |                                  |  |  |  |                                     |  |  |  |                                   |  |  |  |
| P.A.                             |  | T.I. |  | C.D.                     |  |    |  |                                           |  |  |  |                                  |  |  |  |                                     |  |  |  |                                   |  |  |  |
| Municipio                        |  |      |  | Departamento             |  |    |  | Teléfono                                  |  |  |  | Correo Electrónico de la Empresa |  |  |  | Administradora de Riesgos Laborales |  |  |  | No. Resolución de Pensión y Fecha |  |  |  |
|                                  |  |      |  |                          |  |    |  |                                           |  |  |  |                                  |  |  |  |                                     |  |  |  |                                   |  |  |  |

Autorizo a la EPS a realizar reporte a las centrales de Riesgo en caso de incumplimiento de las cotizaciones al SGSSS a través de la EPS

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO COTIZANTE Y PARA NOVEDADES 18,19, 21, 22, 23 y 24

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |                   |  |  |         |                  |      |       |                                                                                                                                                                                                    |                                    |                        |                |  |                            |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-------------------|--|--|---------|------------------|------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------|----------------|--|----------------------------|--|
| Fecha de Ingreso a la Empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   | Cargo ó Ocupación |  |  | Salario | Fijo             | Var. | Inte. | Ingreso Base IBC                                                                                                                                                                                   | Administradora de Fondo de Pensión | Dirección donde Labora |                |  |                            |  |
| D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | M | A |                   |  |  |         |                  |      |       |                                                                                                                                                                                                    |                                    |                        | \$             |  |                            |  |
| Municipio y Departamento Laboral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                   |  |  |         | Teléfono Laboral |      |       | DECLARACIÓN JURAMENTADA: Bajo la gravedad de juramento declaro que la información correspondiente a ARL, AFP Y laboral es correcta y en constancia firmo a continuación "Decreto 1406, Artículo 4" |                                    |                        |                |  |                            |  |
| Decreto 1485/94 Art. 14 "Las personas con nuevos contratos de trabajo o vinculación laboral deberán escoger al momento de su vinculación la Entidad Promotora de Salud a la cual estarán afiliados. Si pasado este término no eligiere, el Empleador escogerá en su nombre la Entidad Promotora de Salud y procederá a afiliarlo. Esta afiliación se considera válida por un periodo de tres (3) meses que podrá prolongarse hasta un (1) año si el trabajador no manifiesta es este periodo otra decisión "por tanto cuando el empleado no elija EPS" será el Empleador quien firmará por él, certificando este hecho. |   |   |                   |  |  |         |                  |      |       | FIRMA DEL EMPLEADOR EN NOMBRE DEL EMPLEADO Decreto 1485 art. 14/94                                                                                                                                 |                                    |                        | CIUDAD Y FECHA |  | FIRMA AUTORIZADA EMPLEADOR |  |

PARTE V, SEI - INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |  |                                                 |  |                     |                                       |                 |  |                            |  |                      |                        |  |              |      |                        |                                                  |    |  |  |    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|-------------------------------------------------|--|---------------------|---------------------------------------|-----------------|--|----------------------------|--|----------------------|------------------------|--|--------------|------|------------------------|--------------------------------------------------|----|--|--|----|--|
| Actividad Económica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |  | Administradora de Riesgos Laborales             |  |                     | Administradora de Fondos de Pensiones |                 |  | Ingreso Base de Cotización |  |                      | Posee Vivienda Propia  |  | SI           |      | Productor Agropecuario |                                                  | SI |  |  |    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |  |                                                 |  |                     |                                       |                 |  | \$                         |  |                      |                        |  | NO           |      |                        |                                                  | NO |  |  |    |  |
| Nivel de Escolaridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Ninguno         |  | Secundaria                                      |  | Normalista          |                                       | Profesional     |  | Doctorado                  |  | Posición Ocupacional | Patrón/Empleador       |  | Contratista  |      | Trabaja por su Cuenta  |                                                  |    |  |  |    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Preescolar      |  | Media académica o clásica (bachillerato básico) |  | Técnica Profesional |                                       | Especialización |  | Último Grado               |  |                      |                        |  |              |      |                        |                                                  |    |  |  |    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Básico Primaria |  | Media técnica (bachillerato técnico)            |  | Tecnológica         |                                       | Maestría        |  | Aprobado                   |  |                      | Inicio Contrato        |  | Fin Contrato |      |                        |                                                  |    |  |  |    |  |
| SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999. |                 |  |                                                 |  |                     |                                       |                 |  |                            |  |                      |                        |  |              |      |                        |                                                  |    |  |  |    |  |
| SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |  | Nombre del Tercero                              |  |                     |                                       |                 |  |                            |  |                      | Tipo de Identificación |  | NIT.         | C.C. | C.E.                   | Identificación del Tercero que realiza el Aporte |    |  |  | DV |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |  |                                                 |  |                     |                                       |                 |  |                            |  |                      | P.A.                   |  |              | T.I. |                        | C.D.                                             |    |  |  |    |  |

PARTE VI, INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

|                                              |  |  |  |                                  |  |  |  |                                              |  |  |  |
|----------------------------------------------|--|--|--|----------------------------------|--|--|--|----------------------------------------------|--|--|--|
| Nombre e Identificación del ASESOR COMERCIAL |  |  |  | Nombre y Apellidos JEFE DE GRUPO |  |  |  | Nombre y Apellidos CONSULTOR LÍNEA DE FRENTE |  |  |  |
|                                              |  |  |  |                                  |  |  |  |                                              |  |  |  |

Indicaciones: Antes de Firmar el Formulario lea con atención y marque con (X) según sea el caso. Estos campos son de diligenciamiento obligatorio.

1. Declaro bajo la gravedad de juramento que:

a. La Información del Cotizante y Beneficiario diligenciada es real, incluidos los datos relacionados con su EPS anterior

SI

NO

b. Que los Beneficiarios reportados dependen económicamente de mi

c. Que llevo más de dos (2) años conviviendo con:

Nombre: No. de Identificación:

2. Autorizo el envío de información general de la EPS, por correo electrónico, al teléfono fijo, celular y mensajes de texto.

3. Declaro que he sido informado(a) en forma clara sobre el diligenciamiento de este formulario, proceso de novedades, inclusión de Beneficiarios y tarifas de UPC adicional.

SI

NO

4. Declaro que en caso que se incumplan los pagos de UPC adicional, esta EPS podrá declarar insubsistentes los plazos y cuotas que constituyen la mora y así mismo exigir el pago inmediato judicial o extrajudicialmente.

5. Con la firma del presente formulario estoy dando por conocidas las condiciones generales y coberturas de la relación que estoy asumiendo. Declaro que he sido informado (a) en forma clara.

6. Autorizo el tratamiento de mis datos personales de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

SEÑOR AFILIADO APRECIAMOS ABSTENERSE DE ENTREGAR DINERO A NUESTROS FUNCIONARIOS

FIRMA Y DOCUMENTO DEL COTIZANTE

Señor Usuario: los datos consignados en este formulario y de los cuales ha sido autorizado su tratamiento serán tratados de acuerdo a la Política de Tratamiento de Datos Personales adoptada por la EPS, la cual encontrara publicada en la página web

VCO-DNO-FR-2.1 V3 2013/08/15