

FORMULARIO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN DE AFILIADOS Y NOVEDADES

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES ANTES DE DILIGENCIAR ÉSTE FORMULARIO

No.

CÓDIGO ...

AFILIACIÓN	☐	NOVEDAD	☐	INDIVIDUAL	☐	COLECTIVA	☐	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

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

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

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

DATOS GENERALES										SEXO		FECHA DE NACIMIENTO														
1	Tipo de Identificación	Parentesco	Nivel Educativo	Etnia	Tipo de Discapacidad	Grado de Discapacidad	UPC Adicional	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			F	M	DIA	MES	AÑO										
2																										
3																										
4																										
INFORMACIÓN EXCLUSIVA DEL COTIZANTE								ESTADO CIVIL		S	C	D	UL	V	CÓNYUGE COTIZA AL SGSSS		SI	NO	IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE		TIPO DE IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE	C.C	C.E	P.A	T.I	C.D
Fecha de Afiliación al SGSSS								CELULAR PERSONAL		CORREO ELECTRONICO		TEL. CONTACTO DE UN FAMILIAR														

ORIGEN DE AFILIACIÓN		ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ENTIDAD DE PREVISIÓN ANTERIOR		DATOS DE UBICACIÓN					IPS ASIGNADA							
2	Nuevo en SGSSS	Traslado de EPS	Traslado de Régimen	Reingreso / Traslado	Código EPS Anterior	Excepción de movilidad	Justificación	Sin Cobertura	Unificación del Grupo	CÓDIGO DE NOVEDAD	Dirección de Residencia	Número Telefónico de la Residencia	Ciudad de Residencia	Zona Rural o Urbana	Departamento de la Residencia	IPS de Atención Médica
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

VÁLIDO SOLO CON LAS (2) HOJAS

HOJA No. 1 DE 2 FORMULARIO No.

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 o 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
								\$		
Municipio y Departamento Laboral				Teléfono Laboral			DECLARACIÓN JURAMENTADA: Bajo la gravedad de juramento declaro que la información correspondiente a ARL, AFPY laboral es correcta y en constancia firmo a continuación "Decreto 1406, Artículo 4"			
							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 Aprobado						
	Básico Primaria	Media técnica (bachillerato técnico)	Tecnológica	Maestría							
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
								P.A.	T.I.	C.D.	DV

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.

☐	☐
--------------------------	--------------------------

SEÑOR AFILIADO APRECIAMOS ABSTENERSE DE ENTREGAR DINERO A NUESTROS FUNCIONARIOS

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 encontrará publicada en la página web www.saludcoop.coop

FIRMA Y DOCUMENTO DEL COTIZANTE

Línea de Atención al Usuario: 651 1000 / Línea de Atención al Usuario Nacional: 018000 120096

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

HOJA No. 2 DE 2 FORMULARIO No.

IMPRESO POR CODIGRAFICOS S.A. NIT 830.054.598-1 TEL. (571) 251 8129 BOGOTÁ