



PIJAOS SALUD E.P.S.I.

RESOLUCIÓN 013 DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS INDÍGENAS DEL MINISTERIO DEL INTERIOR
NIT 809.008.362 - 2

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

No. de Radicación

Fecha de Radicación

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

DD	MM	AA
----	----	----

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Tramite	A. Afiliación <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación	Cotizante o cabeza de Familia <input type="checkbox"/>				3 Régimen	C. Contributivo <input type="checkbox"/>
	B. Reporte Novedad <input type="checkbox"/>		A. Individual:	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	C. Institucional <input type="checkbox"/>	D. De Oficio <input type="checkbox"/>		S. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de Afiliado	A. cotizante <input type="checkbox"/>	B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/>	C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de Cotizante	A. Dependiente <input type="checkbox"/>	B. Independiente <input type="checkbox"/>	C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
7. Tipo de documento de identidad	<input type="checkbox"/>	8. Número documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M	Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
15. Administradora de Riesgos laborales ARL	16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización		
18. Residencia	Dirección		Teléfono fijo		Celular
	Correo Electrónico		Municipio/distrito		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 cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de documento	21. Número de documento	22. Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de Nacimiento
				D D M M A A A A

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

24. Apellido y nombres completos				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				
25. Tipo documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento
B1				D D M M A A A A
B2				D D M M A A A A
B3				D D M M A A A A
B4				D D M M A A A A
B5				D D M M A A A A

Datos Complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo	Condición	
		E	N	M	T P
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

32. Datos de residencia	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Municipio / Distrito	Urbana			
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 DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	39. Ubicación		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"/> B. Régimen Subsidiado
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y/o corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> 14. Traslado. <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.
<input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.	<input type="checkbox"/> 16. Reporte de trámite de protección al cesante.
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado.
<input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	

VI. DATOS NECESARIOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación		42. Fecha Novedad	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo apellido
Tipo de documento de identidad	Numero del documento	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento
43. EPS anterior		44. Motivo del traslado Código <input type="text"/>	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 internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en la institución prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorización para que las EPS soliciten y obtengan 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 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 institucional o de oficio
--	---

IX. ANEXOS

56. Copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC

Cantidad Total

57. Copia del dictamen de incapacidad 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.

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 dos padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste 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		67. Datos del SISBEN			68. Fecha radicación			69. Fecha de validación				
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D	D	M	M	A	A	A	A
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
70. Datos del funcionario que realiza la validación												
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre			
Tipo documento de identidad <input type="checkbox"/>		Número documento de identidad			71. Firma del funcionario							
Observaciones:												
<hr/> <hr/> <hr/>												

Señores
PIJAOS SALUD EPSI
Carrera 8 No. 16-77
Ibagué - Tolima

Ref.: **AUTORIZACION MOVILIDAD ENTRE REGIMENES**

Respetados señores:

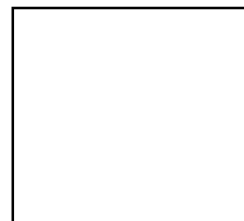
Por medio del presente, el suscrito _____ identificado (a) con cedula de ciudadanía N° _____ de _____ me permito certificar que he sido informado de lo estipulado en el decreto único reglamentario 780 de 2016 en su "**Artículo 2.1.7.7. Movilidad entre regímenes**". La movilidad es el cambio de régimen dentro de la misma EPS para los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud focalizados en los niveles I y II del Sisbén y las poblaciones especiales..."

La novedad de movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado deberá ser registrada por el afiliado al día siguiente de la terminación de la vinculación laboral o de la pérdida de las condiciones para seguir cotizando como independiente y a más tardar el último día calendario del respectivo mes o al día siguiente del vencimiento del período de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante, si los hubiere.

En virtud a que la novedad de movilidad no se puede registrar sin que hubiere mediado la manifestación de la voluntad del usuario, me permito autorizar a PIJAOS SALUD EPSI para que una vez se presente la novedad de retiro en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (Pila) o se informe por parte del trabajador independiente la terminación del contrato de trabajo se aplique la movilidad descendente al régimen subsidiado para mí y mi núcleo familiar garantizando la continuidad de los servicios incluidos en Plan de Beneficios en Salud (PBS).

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

Cordialmente,



HUELLA

C.C.

Dirección de Contacto: _____

Departamento: _____ Municipio: _____

Teléfono de Contacto: _____

Correo Electrónico: _____