



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

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

No. de Radicación

Fecha de Radicación

DD MM AA

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite	A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte Novedad <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación	Cotizante o cabeza de Familia <input type="checkbox"/> A. Individual: Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	C. Institucional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	D. De Oficio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 Régimen	C. Contributivo <input type="checkbox"/> S. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de Afiliado	A. cotizante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/>	C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de Cotizante	A. Dependiente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	B. Independiente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	C. Pensionado <input type="checkbox"/> <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="text"/>	8. Número documento de identidad	9. Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento	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		Condición	
			E	N	M	T
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

32. 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 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 Dirección	
Correo electrónico	Municipio/ Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de novedad

- | | |
|--|--|
| 1. Modificación de datos básicos de identificación. | 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. |
| 2. Corrección de datos básicos de identificación. | 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. |
| 3. Actualización del documento de identidad. | 13. Movilidad. <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidio |
| 4. Actualización y/o corrección de datos complementarios. | 14. Traslado. <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen |
| 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código. <input type="text"/> | 15. Reporte de fallecimiento. |
| 6. Reinscripción en la EPS. | 16. Reporte de trámite de protección al cesante. |
| 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. |
| 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | 18. Reporte de la calidad de Pensionado. |
| 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. | |
| 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	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo apellido
Tipo de documento de identidad	Numero del documento	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento	42. Fecha Novedad
D D M M A A A A	D D M M A A A A			
43. EPS anterior	44. Motivo del traslado Código <input type="text"/>	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 internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en la institución prestadora de Servicios de Salud. |
| <input type="checkbox"/> 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. |
| <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 institucional o de oficio
--	---

IX. ANEXOS

56. Copia del documento de identidad: Cantidad	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 <input type="text"/>
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 Código del Municipio <input type="text"/>	67. Datos del SISBEN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	68. Fecha radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A
---	--	---	--

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 <input type="text"/>	71. Firma del funcionario	

Observaciones:
