

"Código Único para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"



* 0 1 B 1 4 2 0 5 6 5 3 *



* 0 1 0 8 1 5 0 8 1 3 *

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE		2. TIPO DE AFILIACIÓN		3. RÉGIMEN			
A. AFILIACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>	B. REPORTE DE NOVEDADES <input type="checkbox"/>	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/>	b) Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	C. Institucional <input type="checkbox"/>	D. De oficio <input type="checkbox"/>	S. Subordinado <input checked="" type="checkbox"/>
4. TIPO DE AFILIADO		5. TIPO DE COTIZANTE		CÓDIGO		FECHA DE LA SOLICITUD	
CO Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>	CF Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	BE Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/>	B. Independiente <input type="checkbox"/>	C. Pensionado <input type="checkbox"/>	D. Independiente por prestación de servicio <input type="checkbox"/>	15 02 20

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: <u>Chica</u>	SEGUNDO APELLIDO: <u>Arceiza</u>	PRIMER NOMBRE: <u>Carlos</u>	SEGUNDO NOMBRE: <u>Arturo</u>
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>RC TI</u>	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>79804099</u>	9. SEXO: <u>F</u>	10. FECHA NACIMIENTO: <u>01 02 79</u>

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: <u>Cra 10 + 3-12</u>		LOCALIDAD / COMUNA: <u>Belen</u>
CIUDAD / MUNICIPIO: <u>Isaque</u>		DEPARTAMENTO: <u>Tolima</u>	ZONA: <u>U.</u>	TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL: <u>3223016914</u>	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS: <u>11466</u>		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CÓDIGO IPS

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

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO			29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD	
				DÍA	MES	AÑO			Tipo	Condición
1. <u>Chica Paula Luis Arturo</u>	<u>X</u>	<u>1127585928</u>	<u>X</u>	<u>06</u>	<u>01</u>	<u>07</u>	<u>H</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. DATOS DE RESIDENCIA				33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO				NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1. Ciudad / Mpio: <u>Isaque</u>	Departamento: <u>Tolima</u>	Zona: <u>U.</u>	Telefono Fijo:	Telefono Móvil:	<u>11466</u>	COBERTURA GEOGRÁFICA	UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR	CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN	SERVICIO AFILIADO POR SIS	<u>I.</u>	<u>II.</u>
2.		<u>U.</u>								<u>I.</u>	<u>II.</u>
3.		<u>U.</u>								<u>I.</u>	<u>II.</u>
4.		<u>U.</u>								<u>I.</u>	<u>II.</u>

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social: <u>Servi Logistic Tol SAS</u>	36. Tipo documento de identidad: <u>CC</u>	37. Numero documento de identidad: <u>900887509</u>	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: <u>HEA 2514 Villa Martha Isaque Tolima</u>	TELÉFONO MÓVIL: <u>2663364</u>	CORREO ELECTRÓNICO		
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: <u>16 02 20</u>	CARGO: <u>Auxiliar</u>	SALARIO: <u>908526</u>		

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD	41. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	42. MOVILIDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/>	8. INICIO DE RELACION LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR <input type="checkbox"/>	A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/>	10. TERMINACIÓN DE LA RELACION LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO <input type="checkbox"/>	B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO <input type="checkbox"/>
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/>	11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS <input type="checkbox"/>	14. TRASLADO <input type="checkbox"/>
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS <input type="checkbox"/>	12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS <input type="checkbox"/>	A) MISMO RÉGIMEN <input type="checkbox"/>
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS <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 CEBANTE <input type="checkbox"/>
		17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO <input type="checkbox"/>
		18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO <input type="checkbox"/>

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	F	M	FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO
42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR	44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO		45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES					
DÍA	MES	AÑO	Código	COBERTURA GEOGRÁFICA	UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR	CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN	SERVICIO AFILIADO POR SIS		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.

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. Anexo soporte de la Entidad

49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga 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 vigentes 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 1077 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular, como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario: <u>Carlos A. Chica</u>	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio: <u>[Sello]</u>
--	---

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> HC <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"/> PE	Cantidad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	Total: <u>3</u>
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente <input type="checkbox"/>	58. Copia del registro civil de matrimonio o de la 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 dos padres <input type="checkbox"/>
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud <input type="checkbox"/>	64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/>	65. Copia del acto administrativo proveyendo de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o en ordeno la afiliación de oficio <input type="checkbox"/>

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación							
Código del Municipio <input type="checkbox"/>	Código del departamento <input type="checkbox"/>	Número de ficha <input type="checkbox"/>	Puntaje <input type="checkbox"/>	Nivel <input type="checkbox"/>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
70. Datos del funcionario que realiza la validación		71. Firma del funcionario								
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre							
Tipo documento de identidad <input type="checkbox"/>	Número del documento de identidad <input type="checkbox"/>									

OBSERVACIONES: