Macroproceso: Seguridad Social Proceso: Seguridad Social en Salud

Formato: Formulario único de afiliación, actualización y reporte de novedades.



## 1. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL ÁREA DE AFILIACIONES DE UNISALUD

In	gre	50 a	al S	SGS	SSS	:[	D		M		A	Fecha d	e radicación:	D	M	A No	o. de	radicacio	ón:				Tipo d	de afi	liaciór	n: N		RE	Т	R	
0	ose	rva	cic	ne	s:																										
2.	INI	OF	R۱	ΙA	CIO	ÓΝ	I P/	٩R	A S	SE	R C	ILIGENC	IADA POR	EL CO	TIZAN	TE															
Primer Apellido: Segundo Apellido								o o de o	de casada:			Primer Nombre:					Segundo Nombre:														
Tipo de Identificación:  No. Identificación:								F	Fecha de expedició			o PEP, indique fecha de vencimient				Sexo:	: Orientacio			ción sexual:  : Bi Heterosexual: He											
Fecha de nacimiento: Grupo étnico:									- tni	·O:	Estad	Estado civil:			Grupo poblacional:			IVI	Homosexua			al: Ho No sabe, no responde: NS					S				
				A									AFNA		С	D	VD	СР								Otr	ro: C	)t			
Ciudad / Mplo Residencia:											Z	Zona: U R Bar			arrio:					Localidad:											
Di	sca	pac	cid	ad:	:	Т		G	E	str	ato		Pirección de F	Residen	cia:						E-	mail:			T						
Ce	lul	ar:								Т	elef	ono:		Tipo de sangre:			R	RH: EPS Anterior			or:			Régimen: EPS-S EPS-C ES				Р			
		rid										rofesión:	1:			Dependencia:				Sed	e UN:			Tel ó Ext:							
En caso de emergencia, relacionar los datos de la persona de Nombres y Apellidos:							de cont	contacto: Teléfono:			Celular:				Dirección:																
			_					Date	os	ge	ner	ales	Su cónyug	e labor	a en la	UN?: S	SII	NO N	A No.	de Ide	entificac	ión del c	ónyug	e:							
																									ö			ğ	6		
	Tipo de Identificación:	:00:	bel	taid	unico al-la-dana	Grupo poblacional	Si su documento es CE, PA o PEP, indique fecha de vencimiento:	Tipo de discapacidad	Grado de discapacidad	cional	Tipo de sangre - RH	Nume	Numero de			Primer		Segundo		o Primer		er Se		gundo			Fecha de Nacimiento:		MF	Orientación sexual: Bi]He]Ho]Ns]Ot	estado civil SCD voce
#	Tipo de	Parentesco:	Fscolaridad	Gripo átoico	a odnin	d odnie	fecha de ven	Tipo de	Grado d	UPC adicional	Tipo de	Identificación:			Apellido:			Apellido		Nombre:			Nombre:			D	W	A	Sexo: M	Orientación	estado c
1																										<u> </u>					
2																										<u> </u>					
3																															
4																															
5																															
6																															
							alte																. ,	.,							
En caso que algunos de los beneficiarios tenga datos de res Dirección de residencia: Teléfone																_								amer	nto:						
3.	INI	OF	R۱	/ΙΑ	CIO	ÓΝ	l P/	٩R	A S	SE	RD	ILIGENC	IADA POR	EL EMI	PLEAD	DOR O	ADI	MINISTI	RADORA	A DE	FOND	OS DE I	PENS	IONI	ES						
N	om	ore	0	raz	ón	SO	cial	:								NIT:						Activio									
Ti	00	de v	vir	ıcu	lac	iór	n:	D		A		0 P	Cargo actua	al:							Dedica	ación: T		T	CA	Provis	sion	al:	SI	N	0
Fe	cha	de	ı In	gre	eso	a l	la U	N:		)	N	1 A	IBC:					No. Resc	olución de	e pen	sión y fe	cha:									
1. [ ]	ec Des	arad le_	ció	n d	e co	onv	viver	ncia	a: De	ecla	aro c	ue convivo	on el (la) seño	or(a)		no honof	ficiario	os donone	dan acanái	mican		ntificado(a	ı) con_	N	lo						_

- 3. Declaro que la elección de afiliarme a este servicio de salZud es informada, libre y espontánea.
- 4. Declaro que no estoy inscrito como afiliado ni beneficiario a otro Sistema de Seguridad Social en Salud, en relación con el Plan Obligatorio de Salud.
- 5. Declaro que la información por mi consignada en el presente formato es verídica; especialmente en lo relativo a la conformación de mi grupo familiar
- 6. Declaro que mi(s) beneficiario(s) no presentan estados de multiafiliación con otra Empresa Aseguradora de Planes de Beneficios (EAPB).
- 7. Declaro que he sido informado claramente de la normatividad aplicable a Unisalud, el plan de beneficios y he recibido instrucciones para la consulta de la guía del usuario, el formato de declaratoria de salud y asesoría para la solicitud de la evaluación de gestión del riesgo.
- 8. Declaro que por todo ingreso adicional que perciba informaré a Unisalud y efectuaré el correspondiente aporte en la forma definida en la normativa aplicable.
- 9. Declaro que me comprometo a hacer buen uso de los servicios prestados por Unisalud y su red de adscritos en mi calidad de afiliado y darlo a conocer a mis beneficiarios bajo mi responsabilidad.

#### 5 AUTORIZACIONES

- 1. Autorizo el descuento por nómina y/o de mi mesada del Fondo Pensional de la UN (según sea el caso), por cualquier deuda que sea generada con fundamento en a normatividad aplicable, en la prestación del servicio de salud a mí o a cualquier integrante de mi grupo familiar inscrito; SI NO De no ser posible el descuento en la forma descrita anteriormente, me comprometo a realizar los pagos a que haya lugar de manera directa.
- 2. Autorizo a Unisalud para que solicite y obtenga datos y copias de mi historia clínica y la de mis beneficiarios.
- 3. Autorizo a Unisalud para que reporte la información que se genere en virtud de la afiliación o novedad reportada, a las bases de datos de los actores que hace parte del Sistema General de Seguridad Social, así como a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- 4. Autorizo a Unisalud para que me sean remitidas notificaciones vía correo electrónico
- 5. Autorizo el tratamiento de mis datos personales de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y las normas concordantes que actualicen, modifiquen o deroquen.

FIRMA Y No. CEDUL	A SOLICITANTE	FIRM	A AUTORIZADA EMPL	EADOR C	) AFP	CIUDAD Y FECHA					
Nombre:			C.C.:								
6. NOVEDADES		Inclusión	de beneficiarios:	Noveda	des cotizante:	Novedades beneficiario:					
Fecha de novedad:	Tipo de afiliado:	Bene	ficiarios directos	Emp	oleador adicional	Reti	ro Plan Complementario				
D M A	СВ	Bene	ficiarios UPC adicional	Unit	ficación cónyuges	cancelar descuento UPC					
		Bene	ficiarios recién nacidos								
Causales de retiro:											
Multiafiliación	Hijo cumplió 2	25 anos	No se evidencia esco	olaridad	Separación o di	vorcio	Viaje fuera del pais				
Se traslada a EPS	Fallecimiento		Inicia vida laboral		Retiro por licen	cia					

#### INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

#### 1. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL ÁREA DE AFILIACIONES DE UNISALUD

Indique con una X si el formulario será diligenciado para una afiliación, registrar una novedad o actualización de datos.

Ingreso al SGSSS: indique los digitos en números arábigos del dla, mes y ano de la fecha en la cual se afilió por primera vez en una Entidad Promotora de Salud (EPS). Hay dos fuentes de información: la primera es que al momento de afiliación, el solicitante entrega con los soportes para la afiliación y en la certificación de afiliación de la EPS en la que se encuentra afiliado, viene relacionado la fecha de afiliación al SGSS o numero de semanas cotizadas. La segunda fuente de información es el reporte de BDUA de la pagina web del Fosyga.

Fecha de radicación y número de radicación: espacio para manejo exclusivo del área de afiliaciones de Unisalud.

Tipo de afiliación: marque con una X para señalar si es N: nuevo, RE: reingreso, TR: traslado.

### 2. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE

Apellidos y nombres: escrtbalos según el orden establecido y conforme figura en el documento identidad

Tipo de identificación: es el tipo de documento, se debe identificar si es TI: tarjeta de identidad, CC: cédula de ciudadania, CE: cédula extranjeria o PA: pasaporte. Número de identificación: escriba completo el número del documento de identificad

Sexo: marque con una X al frente de la casilla correspondiente M: masculino F: femenino (según lo relacionado en el documento de identidad)

Orientación sexual: (Bi) bisexual (He) Heterosexual (Ho) Homosexual (Ns) No sabe, no responde (Ot) Otro

Fecha de nacimiento: escriba los digitos en números arábigos del día, mes y año de nacimiento.

Grupo étnico: marque con una X si es: 1: indigena, RG: rom (gitanos), RA: raizal (población del archipiélago de San Andrés y Providencia), PA: palenquero de San Basilio, AF: negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, NA: ninguna de las anteriores

Estado civil: marque con una X si es: S: soltero, C: casado, D: divorciado, V: viudo, CP: campañero permanente.

Indique la ciudad o municipio de residencia; si es zona urbana o rural; el barrio o vereda y la localidad si aplica.

Grupo poblacional: (2) Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar familiar, (10) Población infantil vulnerable bajo proteción en instituciones diferentes al ICBF, (6) Menores desvinculados del conflicto, (23) Personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la subcuenta de subsistencia del fondo de solidaridad Pensional, (17) Comunidades indigenas

(8) Población desmovilizada, (16) Adultos mayores en centros de protección, (18) Población Rom, (11) Personas incluidas en el programa de protección a testigos, (9) Victimas del conflicto armado, (22) Población privada de la libertad

Estrato socioeconómico: escriba los digitos en números arábigos de su estrato: 01: bajo-bajo, 02: bajo, 03: medio-bajo, 04: medio, 05: medio-alto, 06: alto.

Discapacidad: diligencie este campo sólo en caso de tenerla. En la casilla T: (tipo) escriba F: fisica, C: cognitiva (mental), V: visual (ceguera), A: auditiva (sordera). En la casilla G (grado) escriba 1 si es leve, 2 moderada o 3 severa. Escriba su dirección de residencia, correo electrónico, celular, teléfono y EPS anterior.

Tipo de sangre: Relacione el tipo de sangre A, B, O. RH: Si su tipo de sangre es positivo marque +, si es negativo marque

Régimen: marque con una X el régimen correspondiente en caso de traslado EPS-S: régimen subsidiado, EPS-C: régimen contributivo o ESP: régimen especial. Escolaridad: escriba el número de acuerdo a su grado de escolaridad. 01: preescolar, 02: básica primaria, 03: básica secundaria con bachille-rato básico, 04: media académica o clásica, 05: media técnica, 06: normalista, 07: técnica profesional, 08: técnica, 09: profesional, 10: especialización, 11: maestria, 12: doctorado, 13: ninguno. Escriba su profesión, dependencia donde labora en la Universidad Nacional de Colombia y el teléfono o extensión de la oficina.

#### SI USTED ES PENSIONADO, POR FAVOR NO DILIGENCIAR ESTAS CASILLAS

### **BENEFICIARIO**

Por favor marque con una X si su cónyuge labora en la Universidad Nacional de Colombia. En caso que labore por favor escribir su número identificación.

Tipo de identificación: RC: Registro civil, Tl: tarjeta de identidad, CC: cédula de ciudadania, CE: cédula de extranjeria, PA: pasaporte.

Parentesco: A: Afiliado, 1: Conyuge o compañero(a), 2: Hijo(a), 3: Padre o madre, 4: Otro pariente, N: Otro no pariente

Escolaridad: escriba el número de acuerdo a su grado de escolaridad. 01: preescolar, 02: básica primaria, 03: básica secundaria con bachillerato básico, 04: media académica o clásica, 05: media técnica, 06: normalista, 07: técnica profesional, 08: técnica, 09: profesional, 10: especialización, 11: maestria, 12: doctorado, 13: ninguno. Grupo étnico: marque con una X si es: 1: indigena, RG: rom (gitanos), RA: raizal (población del archipiélago de San Andrés y Providencia), PA: palenquero de San Basilio, AF: negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, NA: no aplica

Discapacidad: diligencie este campo sólo en caso de tenerla. En la casilla T (tipo) escriba F: fisica, C: cognitiva (mental), V: visual (ceguera), A: auditiva (sordera). En la casilla G (grado) escriba 1 si es leve, 2 moderada o 3 severa.

**UPC adicional:** marque una **X** si la afiliación que va a realizar pertenece a un beneficiario adicional.

Tipo de afiliación: marque el tipo de afiliación N: nuevo, RE: reingreso, TD: traslado.

Escriba el número de identificación, apellidos, nombres, sexo y fecha de nacimiento según el orden establecido y conforme figura en el documento identidad.

# 3. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR O ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES

Escriba el Nombre o razón social, NIT, actividad económica del empleador o administradora de fondos de pensiones.

Tipo de vinculación: marque con una X si el tipo de vinculación del cotizante es: D: docente, A: administrativo, O: trabajador oficial, P: pensionado.

Dedicación: marque con una X si la dedicación del cotizante es: TC: tiempo completo, MT: medio tiempo, CA: catedra.

Fecha de ingreso a la UN: escriba los digitos en números arábigos del día, mes y año de la fecha de ingreso.

Provisional: selecciona si la vinculacion a la Universidad Nacional de Colombia es de planta provisional o no. Escriba el Ingreso Base de Cotización (IBC) y el número de resolución de pensión y fecha."

Marque con una X la(s) novedad(es) a registrar.

#### **NOVEDADES**

Código: U.FT.16.007.042 Version 7.0 Pagina 1 de 2