



1. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL ÁREA DE AFILIACIONES DE UNISALUD Afiliación UNAL: Afilación Cónyuge: Novedad:

Ingreso al SGSSS: D M A	Fecha de radicación: D M A	No. de radicación:	Tipo de afiliación: N RE TR
Observaciones:			

2. INFORMACIÓN DEL COTIZANTE

Primer Apellido:	Segundo Apellido o de casada:	Nombre identitario:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	
Tipo de Identificación: TI CC CE PA PEP	No. Identificación:	Fecha de expedición: D M AAAA	Si su documento es CE, PA o PEP, indique fecha de vencimiento: D M AAAA	Sexo: M F NB	Orientación sexual: Bisexual: Bi Heterosexual: He Homosexual: Ho No sabe, no responde: Ns Otro: Ot
Fecha de nacimiento: D M AAAA	Grupo étnico: I RG RA PA AF NA	Estado civil: S C D VD CP	Grupo poblacional:		
Ciudad / Mplo Residencia:	Zona: U R	Barrio:	Localidad:		
Discapacidad: T G	Estrato:	Dirección de Residencia:	E-mail:	Celular:	
Telefono:	Tipo de sangre:	RH:	EPS Anterior:	Régimen: EPS-S EPS-C ESP	Escolaridad:
Ocupación:	Profesión:	Dependencia:	Sede UN:	Tel ó Ext:	
En caso de emergencia, relacionar los datos de la persona de contacto:		Teléfono:	Celular:	Dirección:	
Nombres y Apellidos:					

BENEFICIARIOS - Datos generales Su cónyuge labora en la UN?: SI NO NA No. de Identificación del cónyuge:

BENEFICIARIO 1

Primer Apellido:	Segundo Apellido o de casada:	Nombre identitario:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	
Tipo de Identificación: TI CC CE PA PEP	No. Identificación:	Fecha de expedición: D M AAAA	Si su documento es CE, PA o PEP, indique fecha de vencimiento: D M AAAA	Sexo: M F NB	Orientación sexual: Bisexual: Bi Heterosexual: He Homosexual: Ho No sabe, no responde: Ns Otro: Ot
Fecha de nacimiento: D M AAAA	Grupo étnico: I RG RA PA AF NA	Estado civil: S C D VD CP	Grupo poblacional:		
Parentesco:	Escolaridad:	UPC adicional:	Tipo de sangre:	RH:	

BENEFICIARIO 2

Primer Apellido:	Segundo Apellido o de casada:	Nombre identitario:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	
Tipo de Identificación: TI CC CE PA PEP	No. Identificación:	Fecha de expedición: D M AAAA	Si su documento es CE, PA o PEP, indique fecha de vencimiento: D M AAAA	Sexo: M F NB	Orientación sexual: Bisexual: Bi Heterosexual: He Homosexual: Ho No sabe, no responde: Ns Otro: Ot
Fecha de nacimiento: D M AAAA	Grupo étnico: I RG RA PA AF NA	Estado civil: S C D VD CP	Grupo poblacional:		
Parentesco:	Escolaridad:	UPC adicional:	Tipo de sangre:	RH:	

BENEFICIARIO 3

Primer Apellido:	Segundo Apellido o de casada:	Nombre identitario:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	
Tipo de Identificación: TI CC CE PA PEP	No. Identificación:	Fecha de expedición: D M AAAA	Si su documento es CE, PA o PEP, indique fecha de vencimiento: D M AAAA	Sexo: M F NB	Orientación sexual: Bisexual: Bi Heterosexual: He Homosexual: Ho No sabe, no responde: Ns Otro: Ot
Fecha de nacimiento: D M AAAA	Grupo étnico: I RG RA PA AF NA	Estado civil: S C D VD CP	Grupo poblacional:		
Parentesco:	Escolaridad:	UPC adicional:	Tipo de sangre:	RH:	

Correo electronico alternativo:

En caso que algunos de los beneficiarios tenga datos de residencia diferentes a los del cotizante, relacionar la siguiente información:

Dirección de residencia:	Teléfono:	Barrio ó localidad:	Ciudad / Mplo de residencia:	Departamento:

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

Nombre o razón social:	NIT:	Actividad económica:
Tipo de vinculación del cotizante UN: D A O P	Cargo actual:	Dedicación: TC MT CA Provisional: SI NO
Fecha de Ingreso empresa: D M AAAA	IBC:	No. Resolución de pensión y fecha:

4. DECLARACIONES BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

- Declaración de convivencia: Declaro que convivo con el (la) señor(a) _____ identificado(a) con No. _____ Desde _____
- Declaro que reconozco los derechos y deberes de los afiliados.
- Declaración de dependencia económica: Declaro que las personas inscritas como beneficiarios dependen económicamente de mí.
- Declaro que la elección de afiliarme a este servicio de salud es informada, libre y espontánea.
- 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.
- Declaro que la información por mí consignada en el presente formato es verídica; especialmente en lo relativo a la conformación de mi grupo familiar
- Declaro que mi(s) beneficiario(s) no presentan estados de multifiliación con otra Empresa Aseguradora de Planes de Beneficios (EAPB).
- 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.
- Declaro que por todo ingreso adicional que perciba informaré a Unisalud y efectuaré el correspondiente aporte en la forma definida en la normativa aplicable.
- 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.
- Manifiesto SI NO mi oposición a la presunción legal de donación.** Esta manifestación únicamente puede ser válida si aporta declaración de la voluntad de no ser donante, con firma legible y el sello de presentación y reconocimiento de firma por parte de notario público. (En aplicación de Ley 1805 de 2016 o la norma que lo modifique, sustituya o adicione).

5. AUTORIZACIONES

- 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 la 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.
- Autorizo a Unisalud para que solicite y obtenga datos y copias de mi historia clínica y la de mis beneficiarios.
- 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.
- Autorizo a Unisalud para que me sean remitidas notificaciones vía correo electrónico SI NO
- 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 deroguen.

6. NOVEDADES

Fecha de novedad:

D M A

Tipo de afiliado:

A C B

Inclusión de beneficiarios:

Beneficiarios directos

Beneficiarios UPC adicional

Beneficiarios recién nacidos

Novedades cotizante:

Empleador adicional

Unificación cónyuges

Novedades beneficiario:

Retiro Plan Complementario

Cancelación UPC

Causales de retiro:

Multifiliación

Hijo cumplió 25 años

No se evidencia escolaridad

Separación o divorcio

Viaje fuera del país

Se traslada a EPS

Fallecimiento

Fallecimiento

Retiro por licencia

FIRMA Y No. CEDULA SOLICITANTE

FIRMA Y No. COTIZANTE OTRO

FIRMA AUTORIZADA EMPLEADOR O AFP

CIUDAD Y FECHA

Nombre:

C.C.:

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 dígitos en números arábigos del día, mes y año 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 SGSSS o número de semanas cotizadas. La segunda fuente de información es el reporte de BDUA de la página 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 Y SU BENEFICIARIO (S).

Apellidos y nombres: escribalos 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 ciudadanía, CE: cédula extranjería o PA: pasaporte.

Número de identificación: escriba completo el número del documento de identidad

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

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

Grupo étnico: marque con una X si es: 1: indígena, 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.

Estrato socioeconómico: escriba los dígitos 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: física, A: Auditiva, V: visual, SC: sordo ceguera, I: intelectual,

PS: Psicosocial (mental), M: múltiple, En la casilla G: (grado) escriba 0: ninguna, 1: leve, 2: moderada, 3: severa, 4: completa, Res. 1239 de 2022.

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 bachillerato básico, 04: media académica o clásica, 05: media técnica, 06: normalista, 07: técnica profesional, 08: técnica, 09: profesional, 10: especialización, 11: maestría, 12: doctorado, 13: ninguno.

Escriba su Ocupación. Si es Empleado de la Universidad Nacional indique si es Empleado o Independiente.

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

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 dígitos en números arábigos del día, mes y año de la fecha de ingreso.

Provisional: selecciona si la vinculación 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."

NOVEDADES

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