

Formulario único de afiliación, actualización y reporte de novedades al sistema propio de salud de la Universidad Nacional de Colombia

Afiliación Actualización Novedad

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

Ingreso al SGSSS Día Mes Año | Fecha de radicación Día Mes Año | No. de radicación | Tipo de afiliación: N RE TR

Observaciones:

2. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE

Primer Apellido Segundo Apellido o de casada Primer Nombre Segundo Nombre

Tipo de identificación No. de identificación Sexo Fecha de nacimiento Grupo étnico Estado civil

CI CC CE PA | F M | Día Mes Año | I RG RA PA AF NA | S C D V CP

Ciudad / Mpio Residencia ZONA U R Barrio Localidad Discapacidad T G

Estrato Dirección de Residencia Correo Electrónico

Celular Teléfono Tipo de sangre Rh EPS anterior Régimen EPS-S EPS-C ESP

Escolaridad Profesión Dependencia UN Sede UN Tel ó Ext

En caso de emergencia, relacionar los datos de la persona de contacto: Teléfono fijo Celular Dirección

Nombres y Apellidos

BENEFICIARIOS Su cónyuge labora en la UN? SI NO NA No. de identificación del cónyuge

Datos generales

#	Tipo de identificación	Parentesco	Escolaridad	Grupo étnico	Tipo de discapacidad	Grado de discapacidad	UPC adicional	Tipo de afiliación	Número de identificación	1er apellido	2do apellido	1er nombre	2do nombre	SEXO		Fecha de nacimiento			Cotiza		IBC	EMPLEADOR		
														M	F	D	M	A	Si	No				
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								

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

#	Dirección de residencia	Teléfono	Ciudad / Mpio de residencia	Barrio ó localidad	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 D A O P Cargo actual Dedicación TC MT CA Provisional SI NO

Fecha de ingreso a la UN D M A IBC No. Resolución de pensión y fecha

- Declaro bajo la gravedad de juramento que:
 - La elección de afiliarme a este servicio de salud es informada, libre y espontanea.
 - No estoy inscrito como afiliado ni beneficiario a otro Sistema de Seguridad Social en Salud, en relación con el Plan Obligatorio de Salud.
 - La información por mi consignada en el presente formato es verídica; especialmente en lo relativo a la conformación de mi grupo familiar, y la dependencia económica de mis beneficiarios.
 - No conozco estados de multifiliación por parte de mi(s) beneficiario(s).
 - 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.
 - Por todo ingreso adicional que perciba informaré a Unisalud y efectuaré el correspondiente aporte en la forma definida en la normativa aplicable.
 - Autorizo a que me sean remitidas notificaciones vía correo electrónico SI NO
- Me responsabilizo de cualquier deuda que sea generada con fundamento en la normatividad aplicable, en la prestación del servicio de salud a mi o a cualquier integrante de mi grupo familiar inscrito; para tal efecto autorizo el descuento por nómina y/o de mi mesada del Fondo Pensional de la UN (según sea el caso) 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 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.
- 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."

4. NOVEDADES

Novedades básicas de afiliados	Inclusión de beneficiarios	Novedades cotizante	Traslado	Retiro afiliado
Documento de identificación	Beneficiarios directos	Empleador adicional	Beneficiario entre cotizantes	Multiafiliación
Nombre	Beneficiarios UPC adicional	Reingreso a Unisalud	Cotizante a beneficiario	Se traslada a EPS
Apellidos	Beneficiarios recién nacidos	Unificación cónyuges	Beneficiario a cotizante	Inicia vida laboral
Estado civil	Plan complementario	Discapacidad	Dependiente a pensionado	Hijo cumplió 25 años
Ingreso / salida del país	Activación certificado de estudio	Novedades beneficiario		Fallecimiento
Interrupción de afiliación por salida del país		Empleador adicional		No se evidencia escolaridad
Activación de afiliación por ingreso al país		Reingreso a Unisalud		Separación o divorcio
		Discapacidad		
		Retiro Plan Complementario		

I. 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.

II. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE

Apellidos y nombres: escríbalos 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

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

Grupo étnico: marque con una X si es: I: 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: compañero 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, 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: no definido, 02: preescolar, 03: básica primaria, 04: básica secundaria con bachillerato básico, 05: media académica o clásica, 06: media técnica, 07: normalista, 08: técnica profesional, 09: técnica, 10: profesional, 11: especialización, 12: maestría, 13: doctorado.

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

BENEFICIARIOS

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, TI: tarjeta de identidad, CC: cédula de ciudadanía, CE: cédula de extranjería, 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: no definido, 02: preescolar, 03: básica primaria, 04: básica secundaria con bachillerato básico, 05: media académica o clásica, 06: media técnica, 07: normalista, 08: técnica profesional, 09: técnica, 10: profesional, 11: especialización, 12: maestría, 13: doctorado.

Grupo étnico: marque con una X si es: I: 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: no aplica

Discapacidad: diligencie este campo sólo en caso de tenerla. En la casilla T (tipo) escriba F: física, 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

En caso que el beneficiario cotice al Sistema General de Seguridad Social en Salud, marque una X en la casilla SI, registre el Ingreso Base de Cotización (IBC) en pesos colombianos y relacione el empleador. En caso contrario marque una X en la casilla NO.

III. 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."

IV. NOVEDADES

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