



Señor usuario dando cumplimiento a la Circular Externa 16 de 2013 agradecemos diligenciar el siguiente cuestionario:

- ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Deberes y Derechos del Afiliado y del Paciente?
- ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la Carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el Ranking?

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ¿Leyó el contenido de la Carta de Deberes y Derechos del afiliado y del paciente?
- ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?
- ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Señor(a) afiliado (a): La información diligenciada por usted en la declaratoria de salud tiene como propósito obtener datos sobre su estado de salud y el de su familia que le permitan a la EPS la identificación de algunos riesgos y el direccionamiento hacia los diferentes programas de Protección Específica, de Detección Temprana o Programas Especiales. De manera general esta información es utilizada por la EPS con fines epidemiológicos para caracterizar el estado de salud de la población al momento de la afiliación y para direccionamiento a los programas de atención disponibles. Esta información podrá ser compartida total o parcialmente con los prestadores de salud que la requieran para intervenir los riesgos que se puedan identificar en este proceso. Le recordamos que, de conformidad con las normas legales, las EPS no pueden aplicar preexistencias por declarar alguna enfermedad o tratamiento en curso.

A continuación encontrará una serie de preguntas sobre su estado de salud y el de sus beneficiarios. Por favor diligencie la información de cada uno de los usuarios.

	COTIZANTE	BENEFICIARIO 1	BENEFICIARIO 2	BENEFICIARIO 3	BENEFICIARIO 4
Peso actual: Por favor escriba su peso actual medido en kilogramos					
Talla: Por favor escriba su talla actual medida en centímetros					

Por favor marque con una (X) en la casilla SI o NO según corresponda.

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE SALUD	COTIZANTE		BENEFICIARIO 1		BENEFICIARIO 2		BENEFICIARIO 3	BENEFICIARIO 4
	SI	NO	SI	NO	SI	NO		


1- ¿Usted presenta o ha presentado alguna de estas enfermedades?								
Diabetes (Azúcar en la sangre)								
Hipertensión Arterial								
Cáncer								
Problemas mentales y/o recibe tratamiento por psiquiatría o psicología								
Insuficiencia Renal (diálisis o trasplante renal)								
¿Recibe tratamiento con antirretrovirales?								
Enfermedad crónica del pulmón (asma, EPOC, uso de oxígeno)								
Otro. ¿Cuál?								
2- ¿Consumo algún medicamento en forma crónica o permanente?								
Si su respuesta es SI, especifique cuál								
3- ¿Le han practicado algún trasplante (Hígado, Riñón, Médula ósea, Corazón, Córnea, otros)								
Si su respuesta es SI, especifique cuál								
4- ¿Sus padres, hijos o hermanos han sufrido de alguna de estas enfermedades? Cáncer, Diabetes, Ataques Cardíacos, Derrames Cerebrales, Tuberculosis, VIH.								
Si su respuesta es SI, especifique cuál								
OBSERVACIONES								
Utilice este espacio si requiere ampliar información de su estado de salud o de alguno de sus beneficiarios (mencione el número de la pregunta que desea ampliar)								

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO:

- Que la información suministrada es verídica y autorizo a la EPS para que me vincule a las actividades o programas que tengan establecidos
 - Autorizo a Saludcoop EPS para solicitar al profesional de la salud, Hospital, o profesional Médico y otros las historias clínicas y demás información de mi estado de salud y el de mis beneficiarios.
- Señor usuario la omisión, la falsedad, el error en esta Declaración dará derecho a la EPS a la terminación de la prestación de servicios de acuerdo al Decreto 1485 de 1994 artículo 14 numeral 7-3

FIRMA DEL COTIZANTE
C.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



FORMULARIO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN DE AFILIADOS Y NOVEDADES DE APORTANTES

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO

Regional Radicación	Seccional Radicación	Fecha de Radicación D D M M A A A A	No. De Radicación	Fecha de Diligenciamiento D D M M A A A A
---------------------	----------------------	--	-------------------	--

SELECCIONE LA OPERACIÓN QUE SE DESEA REALIZAR (Elija si es una inscripción o una novedad de aportante y marque con una equis, (X))

INSCRIPCIÓN DE APORTANTE NOVEDAD DE APORTANTE

PARTE I. INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR EL APORTANTE (Por favor seleccione con una equis, (X) el Tipo de Aportante que representa)

1 Jurídicas	7 Agremiadoras	13 Edificio o Conjuntos Residenciales	19 Embajadas y Consulados
2 Naturales	8 Asociaciones	14 Concejos Municipales	20 Administradoras de Riesgos Profesionales
3 Contratistas	9 Entidades Educativas	15 Asociaciones Madres Comunitarias	21 Cajas de Compensación familiar
4 Coop. y Precooperativas de Trabajo Asociado	10 Alcaldías	16 Cooperativas Multiactivas	22 Iglesias (Católicas/Cristianas)
5 Mutuales	11 Consorcios	17 Uniones Temporales	23 Administradoras de Fondos de Pensiones
6 Hogares de bienestar	12 Hosp., Clínicas y Centros de Salud	18 Organizaciones No Gubernamentales	24 Otros

PARTE II. TIPO DE NOVEDAD A REPORTAR (Elija la novedad que está presentando y seleccione con una equis, (X)).

Novedades Básicas Aportante	Novedades Rep Legal	Novedades Gerente/Presidente	Novedades Contacto Nómina	Novedades Sucursal/Sede	Novedades Grupo Empresarial
1 Documento de Identificación	10 Nombres y Apellidos	15 Nombres y Apellidos	20 Nombres y Apellidos	26 Inscripción	33 Tipo y Número de Identificación
2 Razón Social	11 Tipo y Núm de Documento	16 Tipo y Núm de Documento	21 Tipo y Núm de Documento	27 Dirección, teléfono, fax	34 Razón Social
3 Dirección, teléfono, fax	12 Teléfono	17 Teléfono	22 Cargo	28 Municipio y Depart.	35 Dirección, teléfono, fax
4 Correo Electrónico Aportante	13 Correo Electrónico	18 Correo Electrónico	23 Teléfono	29 Número de Empleados	36 Número de Empleados
5 Página Web Aportante	14 Otros	19 Otros	24 Correo Electrónico	30 Correo Electrónico	37 Correo Electrónico
6 Admin Riesgos Profesionales			25 Otros	31 Página Web	38 Página Web
7 Admin Fondo de Pensiones				32 Otros	39 Otros
8 Número de Empleados					

PARTE III. POR FAVOR DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SI VA A REALIZAR LA INSCRIPCIÓN DEL APORTANTE O SI REPORTA LA ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Tipo de Identificación Aportante NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/>	Número de Identificación DV	Nombre o Razón Social/Entidad Pensional	Sector del Aportante Mixta <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Oficial <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	---	--

Objeto Social del Aportante _____

Dirección Sede Principal	Municipio	Departamento	Zona Laboral Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Número de empleados	Número Total de Empleados
Pertenece a un Grupo Empresarial Cual? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Teléfono Laboral	Extensión	Fax Laboral	Celular Laboral
Correo Electrónico Aportante		Página Web Aportante		Actividad Económica	
Tipo Aportante Grande <input type="checkbox"/> Mediana <input type="checkbox"/> Pequeña <input type="checkbox"/> Micro <input type="checkbox"/> Famiempresa <input type="checkbox"/>		Tamaño del Aportante 1 <input type="checkbox"/> 1 a 10 <input type="checkbox"/> 10 a 20 <input type="checkbox"/> 20 a 100 <input type="checkbox"/> Más de 100 <input type="checkbox"/>		Administradora Riesgos Laborales	
Nombres y Apellidos del Representante Legal		Tipo de Identificación NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/>		Número de Identificación DV	
Teléfono Representante Legal		Correo Electrónico Representante Legal			
Contacto Nómina - Nombre y Apellidos Responsable		Tipo de Identificación NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/>		Número de Identificación	
Cargo Contacto Nómina		Teléfono Contacto Nómina		Correo Electrónico Responsable de Nómina	

PARTE IV. POR FAVOR DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SI LOS DATOS REGISTRADOS SON LOS NUEVOS O SI VA A REALIZAR LA NOVEDAD 1 Y 2.

Tipo de Identificación del Aportante NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/>	Número de Identificación DV	Nombre o Razón Social/Entidad Pensional	Sector del Aportante Mixta <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Oficial <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	---	--

PARTE V. SI USTED REPORTA LA NOVEDAD 39 POR FAVOR DILIGENCIE LOS SIGUIENTES DATOS DEL NUEVO APORTANTE

Tipo de Identificación NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/>	Número de Identificación DV	Nombre o Razón Social/Entidad Pensional	Fecha de Retiro Anterior Aportante D D M M A A A A	Fecha de Ingreso Nuevo Aportante D D M M A A A A
--	--------------------------------	---	---	---

PARTE VI. ENTREGA DE DOCUMENTOS SOPORTE A LA INSCRIPCIÓN Y/O NOVEDAD DE APORTANTES (Elija el documento que está presentando y seleccione con una equis, (X))

1 Solicitud escrita Dirigida a la Vicepresidencia Comercial de Saludcoop, Firmada por el Representante Legal	6 Resolución de Aprobación Expedida por el Ministerio de Educación	11 Certificado de Conformación Consorcio/Unión Temporal	15 Autorización por Parte de la Superintendencia Nacional de Salud para llevar a cabo Afiliaciones Colectivas al Sistema General de Seguridad Social en Salud	19 Resolución Entidad Pensional/Certificación Administradora Fondo de Pensiones
2 Documento de Identificación del Representante Legal/Patrono	7 Resolución De Aprobación Expedida por el Ministerio de Salud	Inscripción y Aprobación de Régimen de Trabajo ante Ministerio de Trabajo y Seguridad Social	Acta de la Asamblea General de Cooperados o Asociados o del Órgano de Aprobación par Efectuar las Afiliaciones Colectivas de Trabajadores	20 Acta de Posesión
3 Afiliación Administradora de riesgos Laborales	8 Resolución de Aprobación Expedida por el ICBF	Inscripción y Aprobación de Régimen de Previsión y Seguridad Social ante Ministerio de Trabajo y Seguridad Social	17 Estatutos Aprobados por la Superintendencia de la Economía Solidaria, Dansocial	21 Certificación Expedida por la Asociación Administradora
4 Certificado de Constitución y Representación Legal/Certificado de Cámara de Comercio	9 Resolución de Aprobación Expedida por el Ministerio de Relaciones Exteriores	Inscripción y Aprobación de Régimen de Compensaciones ante Ministerio de Trabajo y Seguridad Social	18 Manifestación Escrita del Representante Legal, no cobro por Desempeño de la Labor y no Recaudo de la Cotizaciones del Trabajador	22 Resolución de Aprobación Expedida por el Ministerio del Interior y de Justicia
5 Copia del Número de Identificación tributaria/Registro Único Tributario	10 Certificado de Propiedad Horizontal/Curaduría			

OBSERVACIONES _____

DECLARACION JURAMENTADA: Bajo la gravedad de juramento declaro que la información reportada y los documentos soporte, en éste formulario de inscripción de novedades de aportantes, es veraz y corresponde a la realidad y manifiesto mi voluntad de afiliación a la EPS, en constancia como representante legal firmo a continuación:

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES Y APELLIDOS REPRESENTANTE LEGAL

PARTE VIII. INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Fuera de ventas / Consultor Atención al Usuario Nombre y Apellidos _____ Identificado con: _____	Director Seccional / Coordinador Comercial/Supervisor Nombre y Apellidos _____ Identificado con: _____
--	--

(Tomado de la página de Saludcoop EPS)

2. Sistema General de Pensiones.

Colfondos® Pensiones y Cesantías		SOLICITUD DE VINCULACIÓN O TRASLADO A LOS FONDOS DE PENSIONES OBLIGATORIAS Y FONDO DE CESANTÍAS			
Fecha de Suscripción (DDMMAAAA)	CIUDAD	SECTOR PRIVADO <input type="checkbox"/>	SECTOR PÚBLICO <input type="checkbox"/>	No.	
Pensiones Obligatorias		Cesantías			
Vinc. Inicial <input type="checkbox"/>	Tr. Régimen <input type="checkbox"/>	Tr. AFP. <input type="checkbox"/>	AFP. Anterior	Vinc. Inicial <input type="checkbox"/>	Traslado AFC <input type="checkbox"/>
Autorizo su Verificación y/o modificación por Colfondos S.A.					
DATOS DEL AFILIADO					
Número de Identificación y Tipo	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	
Fecha de Nacimiento (DDMMAAAA)	Lugar de Nacimiento	Ciudad	Departamento	Si es Extranjero escriba Nacionalidad	
Fecha de Expedición (DDMMAAAA)	Lugar de Expedición	Ciudad	Departamento	Sexo (F M)	Declara Renta (SI NO)
Dirección Residencia	Ciudad	Departamento	Teléfono	E-mail	
Dirección Laboral	Ciudad	Departamento	Teléfono	Celular	
¿Usted maneja Recursos Públicos? (SI NO)	¿Es Usted reconocido políticamente? (SI NO)	¿Tiene Usted vínculo familiar con persona reconocida políticamente? (SI NO)	¿Es Usted reconocido públicamente? (SI NO)	Tipo de Afiliado	
				Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Cooperado <input type="checkbox"/>	
Independiente afiliado por agremiación o asociación					
Información Financiera		Datos del vínculo laboral / Agremiación o asociación (Independiente con afiliación colectiva o cooperado)			
Ingresos	Otros Ingresos	Ocupación Cargo Actual	Fecha de Ingreso (DDMMAAAA)	Salario o Ingreso Mensual	Salario Integral (SI NO)
Egresos	Activos	Nombre o Razón Social del Empleador		Número de Documento y Tipo	
Fasivos	Otros ¿Cuál?	Dirección donde se genera Nómina de la Empresa		Ciudad	Departamento
Datos adicionales para Afiliados					
Actividad Económica				Código CIU	
Información de beneficiario					
Primer Apellido		Primer Nombre		Sexo (F M)	Número de Documento y Tipo
Cód. Parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero(A) Permanente 03 Padres 04 Hijos 05 Hijos Inválidos 06 Hermanos Inválidos. Los beneficiarios anteriormente relacionados serán verificados de acuerdo con las normas legales vigentes					
Voluntad de Selección y Vinculación					
Independientes Constancia de Entrevista		Lugar: <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Casa		Contrato MIFT	
Fecha: _____ Hora: _____		1) Autorizo a Colfondos S.A., para obtener de fuentes autorizadas información, referencias relativas a mi comportamiento comercial y crediticio, hábitos de pago, manejo de mis productos, cumplimiento de mis obligaciones y en general para consultar en cualquier momento a la Asociación Bancaria de Colombia y/o Datacrédito, Covinco, la Superintendencia Financiera, o cualquier otra entidad debidamente autorizada para el caso, o con la que se establezca en el futuro, endeudamiento de Carácter Financiero. 2) Autorizo a Colfondos S.A. para que los extractos y notificaciones masivos, me sean enviados a Residencia _____ Lugar de Trabajo _____ Correo electrónico _____		He leído y entendido el contrato MIFT y como señal de aceptación firmo la presente afiliación a Pensiones Obligatorias y/o Cesantías	
Declaro bajo juramento que los antecedentes del afiliado incluidos en la presente solicitud son los que corresponden a la información que me ha sido suministrada.		Pensiones Obligatorias: Juro que la selección del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad y de Colfondos S.A. como administradora, la he efectuado en forma libre, informada, espontánea y sin presiones. Manifiesto que los datos aquí reportados son verdaderos por lo que autorizo la verificación de la información suministrada. Certifico que he sido visitado por un representante de Colfondos S.A. y he recibido una adecuada capacitación e información respecto del sistema general de pensiones, los servicios y productos ofrecidos, la naturaleza de los mercados en los que actúa Colfondos S.A., beneficios y riesgos según mi edad y perfil de riesgo, sobre el esquema de Multifondos, los derechos y obligaciones que me asisten como afiliado, así como los diferentes mecanismos para la protección de mis derechos. En consecuencia entiendo y acepto los efectos legales y potenciales que se deriven de mi decisión. Así mismo declaro conocer y aceptar el reglamento de los Fondos de Pensiones Obligatorias <input type="checkbox"/> Declaro no haber querido recibir la capacitación e información antes enunciada. <input type="checkbox"/>		Cesantías: Comunico que he elegido a Colfondos S.A. como la sociedad que administrará mis cesantías, motivo por el cual solicito que el depósito de las mismas se realice en la administradora seleccionada. Certifico que he sido visitado por un representante de Colfondos S.A. y he recibido una adecuada capacitación e información respecto de los servicios y productos ofrecidos, en especial sobre el esquema de portafolios, los derechos y obligaciones que me asisten como afiliado, así como los diferentes mecanismos para la protección de mis derechos. En consecuencia entiendo y acepto los efectos legales y potenciales que se deriven de mi decisión. Así mismo declaro conocer y aceptar el reglamento del Fondo de Cesantías. <input type="checkbox"/> Declaro no haber querido recibir la capacitación e información antes enunciada. <input type="checkbox"/>	
Firma y Sello Representante Legal del Empleador		Firma: _____ Documento de identidad		Firma: _____ Documento de identidad	
				Huella del Afiliado	
				Índice Derecho	
Para uso Exclusivo de Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías					
Nombre del Asesor		Identificación	No. Carpeta	Código Consulta	Fecha

(Tomado de la página de Colfondos)

3. Sistema general de riesgos profesionales.

El estudiante deberá ingresar al siguiente link, donde podrá descargar el formulario de afiliación al sistema general de riesgos profesionales.

<https://www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/formularios/Paginas/Riesgos-Laborales.aspx>

REVISAR ARCHIVO ADJUNTO DENOMINADO FORMULARIO NOVEDAD INGRESO TRABAJADOR A ARL.



OTROS RECURSOS

INFORMACIÓN SOBRE EL REGISTRO DEL TRABAJADOR AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIÓN Y RIESGOS PROFESIONALES



Establece todos los pasos para el registro de un trabajador al sistema de seguridad social en Colombia.

INSTRUCCIONES DE REGISTRO DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.



Establece las instrucciones para el diligenciamiento del formulario único de inscripción a la EPS en el régimen contributivo.

Estos enlaces no son producidos por la **Institución**, son un apoyo **adicional externo** que le suministramos a usted. En caso de daño de alguno de los links, por favor reportarlo a nuestra **Mesa de Ayuda**.