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

FORMULARIO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN DE AFILIADOS

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES ANTES DE DILIGENCIAR ÉSTE FORMULARIO **No.**

Cruz Blanca E.P.S.
NIT. 830.009.783-0
www.cruzblanca.com.co
CÓDIGO 023

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)

PARTE I. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE O CABEZA DE GRUPO. Por favor seleccione con una equis (X), el tipo de cotizante que representa.

☐ DEPENDIENTE		☐ PENSIONADO	☐ INDEPENDIENTE		
☐ Empleado	☐ Aprendiz Sena Etapa Productiva	☐ Jubilación	☐ Persona Natural	☐ Tipo 42 - Pago Solo Salud	☐ Agremiadora
☐ Servidor Público	☐ Aprendiz Universitario	☐ Sustitución	☐ Contratista	☐ Madre/Padre Comunitario Con Administradora	☐ Mutual
☐ Servicio Doméstico	☐ Practicante	☐ Pensión Compartida	☐ Subsidio de Desempleo	☐ Madre/Padre Comunitario Sin Administradora	☐ Asociación
☐ Aprendiz Sena Etapa Lectiva	☐ Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado	☐ Otros:_____	☐ Tipo 41- Pago por Tercero	☐ Agrupadora	☐ Otros: _____
	☐ Otros:_____				

PARTE II. INFORMACIÓN DE COTIZANTE Y BENEFICIARIOS (ESTA INFORMACIÓN DEBE SER DILIGENCIADA EN SU TOTALIDAD Y CORRESPONDE A LOS DATOS REQUERIDOS POR LA EPS DEL COTIZANTE Y SUS BENEFICIARIOS)

1	Nacionalidad	Tipo Identificación (CC CE PA TI RC CD NUIP MS)	Número Identificación	Municipio Expedición	Fecha Expedición (D D M M A A A A)	Fecha Afiliación SGSSS (D D M M A A A A)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo (M F)	Fecha de Nacimiento (D D M M A A A A)
COTIZANTE												
BENEF. 1												
BENEF. 2												
BENEF. 3												
BENEF. 4												

2	Origen de la Afiliación (Nuevo en SGSSS; Traslado de EPS; Traslado de Régimen; Reingreso/ Reingreso/ Trasladado)	Parentesco (Cónyuge; Compañero(a); Hijo(a); Padre Madre)	Discapacidad (SI; NO)	Tipo de Discapacidad (Mental; Sensorial/Auditiva; Sensorial Visual)	Grado de Discapacidad (Leve; Moderada; Severa)	Incapacidad Permanente (SI; NO)	Tipo de Incapacidad (Invalidez; Incapacidad Permanente Parcial)	Grado de Incapacidad (Moderada 5% a 25%; Severa 25% al 50%; Profunda igual o mayor a 50%)	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ANTERIOR / ENTIDAD DE PREVISIÓN ANTERIOR: Nombre de la Entidad o EPS	Fecha de Retiro EPS Anterior (D D M M A A A A)	Excepción de Movilidad (SI; NO)	Justificación (Sin Cobertura; Unificación del Grupo Familiar)
COTIZANTE												
BENEF. 1												
BENEF. 2												
BENEF. 3												
BENEF. 4												

INFORMACIÓN EXCLUSIVA DEL COTIZANTE

Estado Civil del Cotizante
☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Unión Libre

Identificación Cónyuge

Tipo de Identificación Cónyuge
☐ C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ T.I. ☐ C.D.

Cotiza al SGSSS? ☐ SI ☐ NO

Número de Afiliación Cónyuge

DATOS DE UBICACIÓN

3	Dirección Residencia	Número Teléfonico Residencia	Ciudad Residencia	Departamento Residencia	Zona Residencia (Urbana; Rural)	Celular Personal	Correo Electrónico Personal	IPS Atención Médica
COTIZANTE								
BENEF. 1								
BENEF. 2								
BENEF. 3								
BENEF. 4								

DOCUMENTOS SOPORTES ENTREGADOS A LA EPS CON ESTE FORMULARIO

Documento de Identidad	Registro Civil de Matrimonio	Registro Civil / Parentesco	Certificado de Escolaridad	Certificado Adopción (ICFB)	Certificado Discapacidad	Certificado Incapacidad	Declaración con Vocación de Permanencia	Cuestionario de Salud	Declaración Juramentada de Convivencia	Declaración Juramentada de Dependencia Económica

OBSERVACIONES

DECLARACIÓN JURAMENTADA: Bajo la gravedad de juramento declaro que la información del cotizante y beneficiarios, diligenciada es real, incluidos los datos relacionados con su EPS anterior y en constancia firmo a continuación "Decreto 806 art. 48" y manifiesto mi voluntad de afiliación a la EPS.
Firma del Cotizante
Tipo y No.

DECLARACIÓN JURAMENTADA: Bajo la gravedad de juramento declaro que los beneficiarios reportados dependen económicamente de mi y en constancia firmo a continuación: "Decreto 1703, art. 3, item 2""
Firma del Cotizante
Tipo y No.

DECLARACIÓN JURAMENTADA: Bajo la gravedad de juramento declaro que llevo conviviendo mas de dos (2) años con: "Decreto 1703, art. 3, item 2"
Nombre _____
Identificado con:_____
Firma del Cotizante
Tipo y No.

DECLARACIÓN JURAMENTADA: Bajo la gravedad de juramento declaro que la información del cuestionario de salud contiene estado de salud actual y pasado, los antecedentes familiares y personales clínicos, epidemiológicos y toxicológicos y en constancia firmo a continuación: "Resolución 5261 Art. 15"
Firma del Cotizante
Tipo y No.

Huella Dactilar

SEÑOR COTIZANTE: Favor leer y verificar la información contenida en el presente Formulario antes de firmarlo. Debe anexar los documentos soporte para afiliación como cotizante con su grupo familiar. En caso contrario la afiliación será rechazada transcurridas las 72 horas.

- TRÁFICO -

PARTE III. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR - TRABAJADORES DEPENDIENTES Y PENSIONADOS

Tipo de Identificación Empleador (☐ NIT. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ T.I. ☐ C.D.)	Número de Identificación DV	Nombre o Razón Social ó Entidad Pensional	Sector de la Empresa (Privada ☐ Mixta ☐ Oficial ☐)

Dirección Sede Principal	Municipio	Departamento	Ubicación Laboral (☐ Urbana ☐ Rural)	Teléfono	Fax

Correo Electrónico Empresa	Página Web Empresa	Actividad Económica	Administradora Riesgos Profesionales

No. Empleados	Contacto Nómina - Nombre del Jefe de Nómina o R.H	Correo Electrónico del Jefe de Nómina o R.H.	No. Resolución de Pensión	Fecha Resolución (D D M M A A A A)
			PARA PENSIONADOS	

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO COTIZANTE

Fecha de Ingreso a la Empresa (D D M M A A A A)	Ocupación o Cargo	Salario (☐ Básico ☐ Fijo) Ingreso (☐ Integral ☐ Variable)	Ingreso Base IBC $	Administradora de Fondo de Pensiones

Dirección Laboral	Teléfono Laboral	Fax Laboral	Celular Laboral

Correo Electrónico Laboral	Municipio Laboral	Departamento Laboral	Zona Laboral (Urbana ☐ Rural ☐)

DECLARACIÓN JURAMENTADA: Bajo la gravedad de juramento declaro que la información correspondiente a ARP, AFP y laboral es correcta y en constancia firmo a continuación "Decreto 1406, Artículo 4"

NOMBRES Y APELLIDOS REPRESENTANTE LEGAL O PERSONAL AUTORIZADO NÓMINA

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

PARTE IV. SEI - INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMLMV

Actividad Económica	Principal Municipio Dónde Desarrolla su Actividad	Productor Agropecuario (☐ SÍ ☐ NO)	Nivel de Escolaridad (☐ Ninguno ☐ Básico (Primaria) ☐ Secundaria (Bachillerato) ☐ Técnica ☐ Superior (Tecnólogo o Profesional) ☐ Especializada)	Último Grado Aprobado

Posee Vivienda Propia (☐ SÍ ☐ NO)	Tamaño de la Empresa (☐ 1 Empleado ☐ 2 a 9 Empleados ☐ 10 o más Empleados)	Ingresos Base de Cotización $	Posición Ocupacional (☐ Patrón / Empleador ☐ Trabajador por Cuenta Propia)	Experiencia Laboral (☐☐ Años ☐☐ Meses)

Sistema de Clasificación de Ingresos (☐ Ingreso Real ☐ Certificación Contador Público ☐ Certificación Prestación de Servicios ☐ SEI)	Administradora Riesgos Profesionales	Administradora de Fondo de Pensiones

Cotización se Paga a Través de Agrupadora? (☐ SI ☐ NO)	Nombre o Razón Social de la Agrupadora	Número de Identificación Agrupadora DV	Dirección Agrupadora

Teléfono Agrupadora	Fax Agrupadora	Correo Electrónico Agrupadora	Ciudad Agrupadora	Departamento Agrupadora	Zona (☐ Urbana ☐ Rural)

PARTE V. RIB - INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LOS COTIZANTES INDEPENDIENTES SIN INGRESOS PAGO POR TERCERO Y COTIZANTES PAGO SOLO SALUD

Grupo Poblacional: ☐ Indígenas ☐ Población Infantil a Cargo del ICBF ☐ Artistas, Autores, Compositores ☐ Discapacitado ☐ Desmovilizado ☐ Desplazado ☐ Población en Centros Psiquiátricos ☐ Migratorios ☐ Población en Centros Carcelarios ☐ Población Rural no Migratoria ☐ Grupo Poblacional no Determinado ☐ Población Rural Migratoria ☐ No Aplica

Ingresos Mensual $	Tipo de Vivienda (☐ Arrendada ☐ Propia ☐ Familiar ☐ Usufructo u Ocupación)	Nivel de Escolaridad (☐ Ninguno ☐ Básico (Primaria) ☐ Secundaria (Bachillerato) ☐ Técnica ☐ Superior (Tecnólogo o Profesional) ☐ Especializada)	Posición Ocupacional (☐ Patrón / Empleador ☐ Trabajador por Cuenta Propia)

Número de Notaría Dónde Declaró (☐☐☐)	Fecha de Declaración (D D M M A A A A)	Municipio de Declaración	Actividad Económica

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE SIN INGRESOS PAGO POR TERCERO (CÓDIGO DE PAGO 41)

Tipo de Identificación del Tercero (☐ NIT. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ C.D.)	Identificación del Tercero que Realiza el Aporte DV	Nombre del Tercero

DECLARACIÓN JURAMENTADA: Bajo la gravedad de juramento declaro que soy el tercero que realiza los aportes del cotizante sin ingresos pago por tercero, registrado en éste formulario y en constancia firmo a continuación "Resolución 1155, Artículo 2"

REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

PARTE VI. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Fuerza de Ventas / Consultor Integral
Nombre y Apellidos _____
Identificado con: _____

Director Seccional / Coordinador Comercial
Nombre y Apellidos _____
Identificado con: _____

Procesado Comercial - Línea de Frente - Operaciones	Radicado - Línea de Frente - Operaciones	Digitalizado - Operaciones	Aprobado - Mesa de Control	Auditado Operaciones
Usuario Sw	Usuario Sw	Usuario Sw	Usuario Sw	Usuario Sw
Tipo y Número de Documento	Tipo y Número de Documento	Tipo y Número de Documento	Tipo y Número de Documento	Tipo y Número de Documento
Fecha Procesado (D D M M A A A A)	Fecha Radicación (D D M M A A A A)	Fecha Digitalización (D D M M A A A A)	Fecha Aprobación (D D M M A A A A)	Fecha Auditoría (D D M M A A A A)