

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No. de Radicación

Fecha de Radicación

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación <input type="checkbox"/>	B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	A. Individual : Cotizante o Cabeza e Familia <input type="checkbox"/>	- Beneficiario o Afiliado Adicional <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input type="checkbox"/>	B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de Afiliado		5. Tipo de Cotizante		Código a Registrar por la EPS	
A. Cotizante <input type="checkbox"/>	B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input type="checkbox"/>	B. Independiente <input type="checkbox"/>	C. Pensionado <input type="checkbox"/>

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (DEL COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA)

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
7. Tipo de Documento de Identidad		8. Número de Documento de Identidad	9. Sexo
<input type="text"/>		<input type="text"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
			10. Fecha de Nacimiento
			D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia <input type="text"/>	12. Discapacidad	Tipo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Condición <input type="text"/> <input type="text"/>	13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>	14. Grupo de Población Especial <input type="text"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso Base de Cotización IBC	
18. Residencia					
Dirección	Teléfono Fijo		Teléfono Celular		Correo Electrónico
Municipio / Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / Comuna		Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cotizante

19. Apellidos y Nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de Documento de Identidad	21. Número de Documento de Identidad	22. Sexo	23. Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los Beneficiarios y de los Afiliados Adicionales

24. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de Documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de Nacimiento
		Femenino Masculino	D D M M A A A A
B1			D D M M A A A A
B2			D D M M A A A A
B3			D D M M A A A A
B4			D D M M A A A A
B5			D D M M A A A A

Datos Complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo	Condición
		F	N	M
				T
				P
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				
32. Datos de Residencia	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional
Municipio / Distrito	Urbana Rural			(A Registrar por la EPS)
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS
C	(A Registrar por la EPS)
B	
B	
B	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social		36. Tipo de Documento de Identificación <input type="checkbox"/>	37. Número de Documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador Pensiones (A registrar por la EPS)	
39. Ubicación		Dirección		Teléfono	Correo Electrónico
		Municipio / Distrito		Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

41. Tipo de Novedades		11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
<input type="checkbox"/>	1. Modificación de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/>	12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/>	2. Corrección de los datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/>	13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado
<input type="checkbox"/>	3. Actualización del documento de identidad.	<input type="checkbox"/>	14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/>	4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/>	15. Reporte de fallecimiento.
<input type="checkbox"/>	5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código	<input type="checkbox"/>	16. Reporte del trámite de protección al cesante.
<input type="checkbox"/>	6. Reinscripción en la EPS.	<input type="checkbox"/>	17. Reporte de calidad de Pre – pensionado.
<input type="checkbox"/>	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/>	18. Reporte de la calidad de Pensionado.
<input type="checkbox"/>	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.		
<input type="checkbox"/>	9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.		
<input type="checkbox"/>	10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.		

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos Básicos de Identificación		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre											
Tipo de Documento de Identidad <input type="checkbox"/>	Número del Documento de Identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento		42. Fecha													
				D	D	M	M	A	A	A	A	D	D	M	M	A	A	A	A
43. EPS Anterior		44. Motivo de Traslado Código		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones															

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiario y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de la existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copias de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas por sus funciones la requieren.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo provisto en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como un mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva. Institucional o de Oficio
--	---

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total:	<input type="text"/>
Cantidad:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.										
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.										
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.										
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.										
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.										
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.										
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.										
64. Certificado de vinculación a una entidad para realizar afiliaciones colectivas.										
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.										

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN		68. Fecha de Radicación		69. Fecha de Validación														
Código del Municipio <input type="text"/>	Código del Departamento <input type="text"/>	Número de ficha <input type="text"/>	Puntaje <input type="text"/>	Nivel <input type="text"/>	D	D	M	M	A	A	A	A	D	D	M	M	A	A	A	A
70. Datos del Funcionario que realiza la validación		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre												
Tipo de Documento de Identidad <input type="text"/>	Número del Documento de Identidad	71. Firma del Funcionario																		

Observaciones:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.