

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No. De Radicado

Fecha de Radicado									
D	D	M	M	A	A	A	A	A	A

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)		Página 1 de 2
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 de Familia <input type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	4. Contribución solidaria sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres									
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico		12. Sexo identificación		15. Fecha de nacimiento			
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual		D D M M A A A A				
13. Nacionalidad		14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento				
		País Departamento Municipio			D D M M A A A A				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales									
16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad					
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
19. Tiene encuesta SISBÉN		20. Clasificación SISBÉN		21. Grupo de población especial					
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Nivel Grupo							
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria			
26. Residencia		Dirección		Teléfono Fijo		Teléfono celular		Correo electrónico	
Departamento		Municipio/ Distrito		Localidad/Comuna		Zona			
						Cabecera <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Disperso <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Poblado <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante									
27. Apellidos y nombres									
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico		31. Sexo identificación		34. Fecha de nacimiento			
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual		D D M M A A A A				
32. Nacionalidad		33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento				
		País Departamento Municipio			D D M M A A A A				

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres																					
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre															
B1																					
B2																					
B3																					
B4																					
B5																					
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación				41. Lugar de nacimiento		42. Fecha de nacimiento										
			Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	D	D	M	M	A	A	A	A
B1																					
B2																					
B3																					
B4																					
B5																					

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial		47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		50. Incapacidad permanente	
								SI NO		Nivel Grupo		SI NO	
												Categoría de discapacidad	
												SI NO	
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

Departamento		Municipio/ Distrito		zona				Teléfono fijo y/o celular		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
				Cabecera Municipal Centro Poblado Rural disperso Resto Rural							
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											
Dirección		Localidad/Comuna				Correo Electrónico					
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS										54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C											
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social		56. Tipo de documento de identificación		57. Número del documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)			
59. Ubicación									
Dirección		Teléfono fijo o Celular		Correo electrónico		Departamento		Municipio/Distrito	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.	<input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen
<input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
<input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	<input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
<input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.	<input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
	<input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>	62. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	63. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A			
65. EPS anterior <input type="text"/>	66. Fecha de novedad D D M M A A A A	67. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones <input type="text"/>				

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74. 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 que por sus funciones la requieran.

75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.

78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad <input type="text"/>	

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad CN RC TI CC PA CE CD SC PT

Cantidad de documentos de identidad anexos:

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

85. 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.

86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

88. 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.

89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.

90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

91. 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.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial

Código del municipio <input type="text"/>	Código del departamento <input type="text"/>
---	--

93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>	95. Firma del funcionario <input type="text"/>	
96. fecha de radicación D D M M A A A A	97. Fecha de validación D D M M A A A A		

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