



# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



WU 90.102.5360-8  
Registro de Comercio  
N° 15233 (17 de 8, Octubre 24 de 2016)

No. De Radicado

Fecha de Radicado  
D D M M A A A A

Página 1 de 2

<b>I. DATOS DEL TRÁMITE</b> (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)													
1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>				2. Tipo de afiliación A. Individual: <input type="checkbox"/> Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/>				3. Régimen A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>				4. Contribución solidaria si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
5. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>				6. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>				7. Código (a registrar por la EPS)					
<b>II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)</b>													
8. Apellidos y nombres Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre													
9. Tipo de documento de identidad 10. Número del documento de identidad 11. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 12. Sexo identificación Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>													
13. Nacionalidad País Departamento Municipio 14. Lugar de nacimiento 15. Fecha de nacimiento													
<b>III. DATOS COMPLEMENTARIOS</b>													
16. Etnia 17. Comunidad 18. Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad													
19. Tiene encuesta SISBÉN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 20. Clasificación SISBÉN Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> 21. Grupo de población especial													
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL 23. Administradora de Pensiones 24. Ingreso base de cotización - IBC 25. Tarifa Contribución Solidaria													
26. Residencia Teléfono fijo Teléfono celular Correo electrónico													
Departamento Municipio/ Distrito Localidad/Comuna Zona Cabecera Municipal <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>													
<b>IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR</b>													
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante													
27. Apellidos y nombres Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre													
28. Tipo de documento de identidad 29. Número del documento de identidad 30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 31. Sexo identificación Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>													
32. Nacionalidad País Departamento Municipio 33. Lugar de nacimiento 34. Fecha de nacimiento													
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 Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 40. Sexo identificación Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/> 41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio 42. Fecha de nacimiento Día Mes Año													
B1 B2 B3 B4 B5													
<b>Datos complementarios del beneficiario</b>													
43. Parentesco 44. Etnia 45. Comunidad 46. Grupo de población especial 47. Tiene encuesta SISBÉN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 48. Clasificación SISBÉN Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> 49. Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad 50. Incapacidad permanente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>													
B1 B2 B3 B4 B5													
51. Datos de residencia Departamento Municipio/ Distrito Cabecera Municipal Centro Poblado Rural disperso Resto Rural Teléfono fijo y/o celular 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)													
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 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)													
C B1 B2 B3 B4 B5													
<b>V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO</b>													
55. Nombre o razón social 56. Tipo de documento de identificación 57. Número del documento de identificación 58. Tipo de aportante o pagador de													
en representación Teléfono fijo o celular Correo electrónico Departamento Municipio/ Distrito													

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

Página 2 de 2

<b>60. Tipo de Novedad</b>			
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.		<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.		<input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.		<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.		<input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.	
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
<input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un código <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.		<input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Asistido	
		<input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen	
		<input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.	
		<input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante.	
		<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.	
		<input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.	
		<input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.	
		<input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.	
<b>VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD</b>			
<b>61. Datos básicos de identificación</b>		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad	
62. Sexo biológico		63. Sexo identificación	
Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="text"/>	
64. Fecha de nacimiento		D D M M A A A A	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad	
Código <input type="text"/>		Código <input type="text"/>	
<b>67. Motivo de traslado</b>			
<b>68. Caja de compensación Familiar o Pagador de Pensiones</b>			
<b>VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES</b>			
<input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.			
<input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.			
<input type="checkbox"/> 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.			
<input type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.			
<input type="checkbox"/> 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.			
<input type="checkbox"/> 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.			
<input type="checkbox"/> 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.			
<input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.			
<input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.			
<input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.			
<b>VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA</b>			
<b>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</b>			
Apellidos y nombres		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad	
<b>IX. FIRMAS</b>			
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	
<b>X. ANEXOS</b>			
82. Anexo copia del documento de identidad			
Cantidad de documentos de identidad anexos:			
CN <input type="text"/> RC <input type="text"/> TI <input type="text"/> CC <input type="text"/> PA <input type="text"/> CE <input type="text"/> CD <input type="text"/> SC <input type="text"/> PT <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.			
<input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.			
<input type="checkbox"/> 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.			
<input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.			
<input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.			
<input type="checkbox"/> 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.			
<input type="checkbox"/> 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.			
<input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas			
<input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/>			
<b>XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL</b>			
92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución	
Código del municipio <input type="text"/>		Código del departamento <input type="text"/>	
<b>XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL</b>			
94. Apellidos y nombres		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad	
96. Fecha de radicación		97. Fecha de validación	
D D M M A A A A		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			

## FUNCIONARIO DE EMSSANAR EPS:

Para dar cumplimiento a la Resolución 00229 de febrero de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud, es necesario realizar el siguiente cuestionario como soporte de la entrega de la presente "Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño":

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

Sí\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño en donde se le presenta de manera clara su puesto en el Ranking de Satisfacción del Ministerio de Salud?

Sí\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

Sí\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?

Sí\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS?

Sí\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

En constancia se firma el día \_\_\_\_\_ mes\_\_\_\_\_ año 20\_\_

Municipio\_\_\_\_\_Departamento\_\_\_\_\_

Firma del Afiliado\_\_\_\_\_ o Huella del Afiliado



Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento de este formato lo efectuará un tercero a quien él ruegue; lo que deberá ser ratificado por el afiliado a través de la imposición de su huella.

Firma a ruego

Nombre: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Funcionario de **Emssanar EPS**: Este documento debe ser diligenciado con el afiliado al momento de recibir una Carta de Derechos y Deberes; una vez diligenciado se debe almacenar en una carpeta y tener listo para presentación ante los entes de vigilancia y control.

Vigilado



Atención al afiliado  
Línea nacional: 01 8000 93 04 22  
WhatsApp y Línea Usuarios: 300 912 66 25



Instituciones Prestadoras de Servicios  
Línea exclusiva prestadores:  
(601) 514 3358



emssanareps.co