



NIT 901.021.566-0
Registro de Comercio
Nº 520 Último N. Octubre 24 de 2016

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Cuidamos
de ti en cada
paso

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE		(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)															
1. Tipo de trámite	2. Tipo de afiliación	3. Régimen					4. Contribución solidaria										
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"/>	D. De oficio <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input type="checkbox"/>	B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	D D M M A A										
5. Tipo de afiliado		6. Tipo de cotización			7. Código												
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"/>	[a registrar por la EPS]													
A. AFILIACIÓN																	
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)																	
8. Apellidos y nombres		Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre									
Primer apellido																	
9. Tipo de documento de identidad		10. Número del documento de identidad		11. Sexo biológico		12. Sexo identificación		14. Lugar de nacimiento									
				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="checkbox"/>	15. Fecha de nacimiento										
13. Nacionalidad		16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad											
						Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Categoría de discapacidad										
19. Tiene encuesta SISBÉN		20. Clasificación SISBÉN		21. Grupo de población especial													
Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nivel <input type="checkbox"/>	Grupo <input type="checkbox"/>															
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										
L.....																	
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"/>								
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		Segundo apellido		Primer nombre			Segundo nombre										
Primer apellido																	
28. Tipo de documento de identidad		29. Número del documento de identidad		30. Sexo biológico		31. Sexo identificación		33. Lugar de nacimiento				34. Fecha de nacimiento					
				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="checkbox"/>					D D M M A A A A						
32. Nacionalidad		35. Apellidos y nombres		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	
		Primer apellido						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F	M	T	NB	Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>	País <input type="checkbox"/>	Departamento <input type="checkbox"/>	Municipio <input type="checkbox"/>	Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/>
B1		B2		B3		B4		B5		B6		B7		B8		B9	
B10		B11		B12		B13		B14		B15		B16		B17		B18	
B19		B20		B21		B22		B23		B24		B25		B26		B27	
B28		B29		B30		B31		B32		B33		B34		B35		B36	
B37		B38		B39		B40		B41		B42		B43		B44		B45	
B46		B47		B48		B49		B50		B51		B52		B53		B54	
B55		B56		B57		B58		B59		B60		B61		B62		B63	
B64		B65		B66		B67		B68		B69		B70		B71		B72	
B73		B74		B75		B76		B77		B78		B79		B80		B81	
B82		B83		B84		B85		B86		B87		B88		B89		B90	
B91		B92		B93		B94		B95		B96		B97		B98		B99	
B100		B101		B102		B103		B104		B105		B106		B107		B108	
B109		B110		B111		B112		B113		B114		B115		B116		B117	
B118		B119		B120		B121		B122		B123		B124		B125		B126	
B127		B128		B129		B130		B131		B132		B133		B134		B135	
B136		B137		B138		B139		B140		B141		B142		B143		B144	
B145		B146		B147		B148		B149		B150		B151		B152		B153	
B154		B155		B156		B157		B158		B159		B160		B161		B162	
B163		B164		B165		B166		B167		B168		B169		B170		B171	
B172		B173		B174		B175		B176		B177		B178		B179		B180	
B181		B182		B183		B184		B185		B186		B187		B188		B189	
B190		B191		B192		B193		B194		B195		B196		B197		B198	
B199		B200		B201		B202		B203		B204		B205		B206		B207	
B208		B209		B210		B211		B212		B213		B214		B215		B216	
B217		B218		B219		B220		B221		B222		B223		B224		B225	
B226		B227		B228		B229		B230		B231		B232		B233		B234	
B235		B236		B237		B238		B239		B240		B241		B242		B243	
B244		B245		B246		B247		B248		B249		B250		B251		B252	
B253		B254		B255		B256		B257		B258		B259		B260		B261	
B262		B263		B264		B265		B266		B267		B268		B269		B270	
B271		B272		B273		B274		B275		B276		B277		B278		B279	
B280		B281		B282		B283		B284		B285		B286		B287		B288	
B289		B290		B291		B292		B293		B294		B295		B296		B297	
B298		B299		B300		B301		B302		B303		B304		B305		B306	
B307		B308		B309		B310		B311		B312		B313		B314		B315	
B316		B317		B318		B319		B320		B321		B322		B323		B324	
B325		B326		B327		B328		B329		B330		B331		B332		B333	
B334		B335		B336		B337		B338		B339		B340		B341		B342	
B343		B344		B345		B346		B347		B348		B349		B350		B351	
B352		B353		B354		B355		B356		B357		B358		B359		B360	
B361		B362		B363		B364		B365		B366		B367		B368		B369	
B370		B371		B372		B373		B374		B375		B376		B377		B378	
B379		B380		B381		B382		B383		B384		B385		B386		B387	
B388		B389		B390		B391		B392		B393		B394		B395		B396	
B397		B398		B399		B400		B401		B402		B403		B404		B405	
B406		B407		B408		B409		B410		B411		B412		B413		B414	
B415		B416		B417		B418		B419		B420		B421		B422		B423	
B424		B425		B426		B427		B428		B429		B430		B431		B432	
B433		B434		B435		B436		B437		B438		B439		B440		B441	
B442		B443		B444		B445		B446		B447		B448		B449		B450	
B451		B452		B453		B454		B455		B456		B457		B458		B459	
B460		B461		B462		B463		B464		B465		B466		B467		B468	
B469		B470		B471		B472		B473		B474		B475		B476		B477	
B478		B479		B480		B481		B482		B483		B484		B485		B486	
B487		B488		B489		B490		B491		B492		B493		B494		B495	
B496		B497		B498		B499		B500		B501		B502		B503		B504	
B505		B506		B507		B508		B509		B510		B511		B512		B513	
B514		B515		B516		B517		B518		B519		B520		B521		B522	
B523		B524		B525		B526		B527		B528		B529		B530		B531	
B532		B533		B534		B535		B536		B537		B538		B539		B540	
B541		B542		B543		B544		B545		B546		B547		B548		B549	
B550		B551		B552		B553		B554		B555		B556		B557		B558	
B559		B560		B561		B562		B563		B564		B565		B566		B567	
B568		B569		B570		B571		B572		B573		B574		B575		B576	
B577		B578		B579		B580		B581		B582		B583		B584		B585	
B586		B587		B588		B589		B590		B591		B592		B593		B594	
B595		B596		B597		B598		B599		B600		B601		B602		B603	
B604		B605		B606		B607		B608		B609		B610		B611		B612	
B613		B614		B615		B616		B617		B618		B619		B620		B621	
B622		B623		B624		B625		B626		B627		B628		B629		B630	
B631		B632		B633		B634		B635		B636		B637		B638		B639	
B640		B641		B642		B643		B644		B645		B646		B647		B648	
B649		B650		B651		B652		B653		B654		B655		B656		B657	
B658		B659		B660		B661		B662		B663		B664		B665		B666	
B667		B668		B669		B670		B671		B672		B673		B674		B675	
B676		B677		B678		B679		B680		B681		B682		B683		B684	
B685		B686		B687		B688		B689		B690		B691		B692		B693	
B694		B695		B696		B697		B698		B699		B700		B701		B702	
B703		B704		B705		B706		B707		B708		B709		B710		B711	
B712		B713		B714		B715		B716		B717		B718		B719		B720	
B721		B722		B723		B724		B725		B726		B727		B728		B729	
B730		B7															

60. Tipo de Novedad		B. REPORTE DE NOVEDADES																			
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación. <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.		<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. <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país. <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> A Régimen Solidario <input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A Mismo Régimen <input type="checkbox"/> A 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.																	
VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD																					
61. Datos básicos de identificación		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre															
Primer apellido																					
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad <input type="text"/>		62. Sexo biológico		63. Sexo Identificación		64. Fecha de nacimiento													
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		D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A																	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad		67. Motivo de traslado		68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones															
				Código <input type="text"/>																	
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES																					
<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 intención 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 Sibén 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		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre															
Primer apellido																					
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 <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>																			
Cantidad de documentos de identidad anexos:		<input type="checkbox"/>																			
<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 cónyuges 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 del artículo 2.17.3 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"/>																					
XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/o INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL																					
92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución																			
Código del municipio <input type="text"/>		Código del departamento <input type="text"/>																			
XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL o DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL																					
94. Apellidos y nombres		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre															
Primer apellido																					
Tipo documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad <input type="text"/>		95. Firma del funcionario																	
96. fecha de radicación		97. Fecha de validación																			
D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>		D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>																			
Otros Números: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																					
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 dia _____ 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 ruego; lo que deberá ser ratificado por el afiliado a través de la imposición de su huella.

Nombre: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Domicilio: _____

Firma a ruego

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 Prestadores de Servicios
Línea exclusiva prestadores:
(601) 514 3358


emssanareps.co