

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No. De Radicación

Fecha de Radicación							
D	D	M	M	A	A	A	A

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)							
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"/>			A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>		
B. Colectiva <input type="checkbox"/>		C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <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"/>					
A. AFILIACIÓN							
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)							
6. Apellidos y nombres							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
7. Tipo de documento de identidad		8. Número del documento de identidad		9. sexo		10. Fecha de nacimiento	
				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		D D M M A A A A	
III. DATOS COMPLEMENTARIOS							
Datos personales							
11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
		Tipo F N M Condición T P					
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Adminsitradora de Pensiones			17. Ingreso base de cotización - IBC		
18. Residencia							
Direccion		Telefono Fijo		Telefono celular		Cooreo electrónico	
Municipio/Distrito		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad/Comuna		Departamento	
IV. DATOS DE IDENTIFICACION 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 del documento de identidad		22. sexo		23. Fecha de nacimiento	
				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 del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
				Femenino Masculino			
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		Condición	
				Tipo E N M		T P	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
32. Datos de residencia							
Municipio/Distrito		Zona Urbana Rural		Departamento		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS							
C		Código de la IPS (a registrar por la EPS)					
B							
B							
B							
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO							
35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación		37. Número del 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****40. Tipo de Novedad**

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

**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="text"/>	Número del documento de identidad	Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento		4.2 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 <input type="text"/>		45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de 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 intemeción 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 copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiados o afiliados adicionales.
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 52. 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 del Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como 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  
Cantidad:         Total
- ☐ 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 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 los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada 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 Código del Municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación 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.