

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

No. de Radicación

Fecha de Radicación

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

I. DATOS DEL TRÁMITE (A diligenciar por la EPS)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> • Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidizado <input type="checkbox"/>	A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres	MUÑOZ	LAURA	MILENA		
7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo Biológico	10. Sexo Identificación	11. Nacionalidad	12. País de nacimiento
	1118283741	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="checkbox"/>		
13. Departamento de nacimiento	14. Municipio de nacimiento	15. Fecha de nacimiento	D D M M A A A A		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Discapacidad	18. Puntaje SISBÉN	19. Grupo de población especial	20. Administradora de riesgos laborales - ARL	21. Administradora de pensiones
	Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>			SURA	
22. Ingreso base de cotización - IBC	23. Residencia	Dirección			Teléfono fijo
		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / Comuna		Teléfono celular
Correo electrónico		Municipio / Distrito			Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Biológico	28. Sexo Identificación	29. Nacionalidad	30. País de nacimiento
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="checkbox"/>		
31. Departamento de nacimiento	32. Municipio de nacimiento	33. Fecha de nacimiento	D D M M A A A A		

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

34. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre						
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										
35. Tipo de documento	36. Número de documento	37. Sexo Biológico	38. Sexo Identificación	39. País de nacimiento	40. Nacionalidad	41. Municipio de nacimiento	42. Departamento de nacimiento	43. Fecha de nacimiento	44. Parentesco	45. Etnia
								D D M M A A A A		
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										
46. Discapacidad	47. Datos de residencia							48. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		
		Municipio / Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento	Teléfono fijo y/o celular					
F N M T P										
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

49. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.	
B	
B	
B	

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

50. Nombre o razón social	51. Tipo de documento de identificación	52. Número del documento	53. Tipo de aporte o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
UT YUMBO TEST	NIT	123456789-55	
54. Ubicación	calle 15 #26-101	3164219523	contratacionrh@vallesolidario.com
		Correo electrónico	YUMBO Municipio / Distrito
			VALLE DEL CAUCA Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

55. Tipo de Novedad	1. Modificación datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 2. Corrección datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 3. Actualización documento de identidad <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS <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. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 13. Movilidad Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> 14. Movilidad Régimen Subsidizado <input type="checkbox"/> 15. Traslado Mismo Régimen <input type="checkbox"/> 16. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 17. Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia <input type="checkbox"/> 18. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad del Pre-pensionado <input type="checkbox"/> 20. Reporte de la calidad del Pensionado <input type="checkbox"/> 21. Reporte de pago a través de un tercero <input type="checkbox"/> 22. Inscripción EPS retorno al país <input type="checkbox"/> 23. Ingreso a Contribución Solidaria <input type="checkbox"/> 24. Retiro de Contribución Solidaria <input type="checkbox"/>
---------------------	---

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

56. Datos básicos de identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/>	Número de documento	Sexo Biológico	Sexo Identificación	Fecha de nacimiento
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A
57. Fecha	D D M M A A A A			
58. EPS anterior	59. Motivo de traslado	60. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		
	Código			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

61. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 62. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción <input type="checkbox"/> 63. 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"/> 64. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud <input type="checkbox"/> 65. 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"/> 66. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación 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"/> 67. 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"/> 68. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto <input type="checkbox"/> 69. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes <input type="checkbox"/>

VIII. FIRMAS

70. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	Se acepta únicamente firma a mano alzada	71. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio	Se acepta únicamente firma a mano alzada
--	--	--	--

IX. ANEXOS

72. Anexo copia del documento de identidad: CN <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>
73. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente <input type="checkbox"/> 74. 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"/>
75. 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"/>
76. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor <input type="checkbox"/> 77. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia <input type="checkbox"/> 78. 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"/> 79. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud <input type="checkbox"/> 80. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 81. 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 <input type="checkbox"/>

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

82. Identificación de la entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	83. Datos del SISBÉN	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	84. Fecha de radicación	D D M M A A A A	85. Fecha de validación	D D M M A A A A
86. Datos del funcionario que realiza la validación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre						
Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/>	Número de documento de identidad	OBSERVACIONES:								
87. Firma del funcionario										



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.