

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

No. de Radicación

Fecha de Radicación
D D M M A A A A

(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 A. Afiliación B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación 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"/>	3. Régimen A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidizado <input type="checkbox"/>	4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS)
--	--	---	---	--	---------------------------------

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

6. Apellidos y nombres PEREZ <input type="checkbox"/> Apellido	LOPEZ <input type="checkbox"/> Segundo Apellido	JUAN <input type="checkbox"/> Primer Nombre	CARLOS			
7. Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/>	8. Número de documento de identidad 94540592	9. Sexo Biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Sexo Identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál	11. Nacionalidad	12. País de nacimiento COLOMBIA	
13. Departamento de nacimiento VALLE DEL CAUCA	14. Municipio de nacimiento CALI	15. Fecha de nacimiento 2 0 0 5 1 9 8 A 5				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	18. Puntaje SISBÉN	19. Grupo de población especial	20. Administradora de riesgos laborales - ARL	21. Administradora de pensiones
22. Ingreso base de cotización - IBC	23. Residencia	Dirección		Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico		Municipio / Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / Comuna	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 <input type="checkbox"/>	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Sexo Identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál	
31. Departamento de nacimiento	32. Municipio de nacimiento	33. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Nacionalidad	30. País de nacimiento

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 D D M M A A A A	44. Parentesco	45. Etnia
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										
46. Discapacidad	47. Datos de residencia							48. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		
F N M T P	Municipio / Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento	Teléfono fijo y/o celular						
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

49. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS Cot.	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 AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

50. Nombre o razón social	51. Tipo de documento de identificación <input type="checkbox"/>	52. Número del documento	53. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)		
54. Ubicación	Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	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 Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Sexo Identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál
58. EPS anterior	59. Motivo de traslado Código	60. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

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	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					