

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



| Fecha de Radicación | | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|--|
| | | | | | |

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 | |
| A. Afiliación <input type="checkbox"/> | B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/> | A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> | B. Colectiva <input type="checkbox"/> | C. Contributivo <input type="checkbox"/> | B. Subsidiado <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"/> |

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

6. Apellidos y nombres

7. Tipo documento de Identidad

8. Número del documento de Identidad

9. Sexo: Femenino Masculino

10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia

12. Discapacidad: Tipo F N M Condición T P

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

16. Administradora de Pensiones

17. Ingreso base de Cotización - IBC

18. Residencia: Dirección, Teléfono fijo, Teléfono Celular, Correo electrónico, Municipio/Distrito, Zona (Urbana Rural) Localidad/Comuna, Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

20. Tipo de documento de Identidad

21. Número del documento de Identidad

22. Sexo: Femenino Masculino

23. fecha de Nacimiento

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. Numero del documento de Identidad | 27. Sexo | | 28. Fecha de nacimiento |
|----|------------------------------------|---------------------------------------|----------|-----------|-------------------------|
| | | | Femenino | Masculino | |
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

Datos complementarios

29. Parentescos

30. Etnia

31. Discapacidad: Tipo F N M Condición T P

| | Parentescos | Etnia | Discapacidad Tipo | Discapacidad Condición |
|----|-------------|-------|-------------------|------------------------|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

32. Datos de residencia

| | Municipio/Distrito | Zona | | Departamento | Telefono fijo y/o Celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|----|--------------------|--------|-------|--------------|---------------------------|---|
| | | Urbana | Rural | | | |
| B1 | | | | | | |
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de los Servicios de Salud - IPS

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

| | Nombre de la Institución | Código de la IPS |
|---|--------------------------|------------------|
| C | | |
| B | | |
| B | | |
| B | | |

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN 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 de 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. Desvinculación de un entidad autorizada para realizar 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 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 documento de identidad | Número documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="text"/> |

| | | |
|------------------|---|--|
| 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 acrediten la condición de beneficiarios
- 49. Declaración de no intromisión del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de los 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 beneficiarios o afiliados adicionales
- 51. 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
- 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 el Decreto 1377 de 2013
- 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes 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 oficina |
|--|--|

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

| | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | Total |
| <input type="text"/> |

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 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

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 de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos 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 | | 67. Datos del SISBÉN | | | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
| Código del municipio | Código del departamento | Número de ficha | Puntaje | Nivel | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

70. Datos del funcionario que realiza la validación

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

71. Firma del funcionario

Observaciones:

| Marque con una (X) en la casilla de respuesta correspondiente a las siguientes preguntas: | SI | NO |
|--|-----|-----|
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? | () | () |
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? | () | () |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? | () | () |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? | () | () |
| ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? | () | () |