

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



| | |
|------------------|---------------------|
| No de Radicación | Fecha de Radicación |
| | DD / MM / AAA |

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRAMITE

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

| | | |
|---|---|---|
| 1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/> | 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. Subsidiado <input type="checkbox"/> |
| 4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza da 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 Registrar por la EPS <input type="text"/> |

A. AFILIACIÓN

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

| | | | |
|--|---|---|--|
| 6. Apellidos v nombres Primer apellido <input type="text"/> | Segundo apellido <input type="text"/> | Primer nombre <input type="text"/> | Segundo nombre <input type="text"/> |
| 7. Tipo de documento de identidad <input type="text"/> | 8. Número del documento de identidad <input type="text"/> | 9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 10. Fecha de nacimiento DD / MM / AAA |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

| | | | |
|---|--|---|--|
| 11. Etnia <input type="text"/> | 12. Discapacidad Tipo F N M Condición T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> | 13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/> | 14. Grupo de población especial <input type="text"/> |
| 15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL <input type="text"/> | 16. Administradora de Pensiones <input type="text"/> | 17. Ingreso base de cotización IBC <input type="text"/> | |
| 18. Residencia Dirección <input type="text"/> | Teléfono Fijo <input type="text"/> | Teléfono Celular <input type="text"/> | Correo Electrónico <input type="text"/> |
| Municipio / Distrito <input type="text"/> | Zona Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> | Localidad / Comuna <input type="text"/> | Departamento <input type="text"/> |

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 Primer apellido <input type="text"/> | Segundo apellido <input type="text"/> | Primer nombre <input type="text"/> | Segundo nombre <input type="text"/> |
| 20. Tipo de documento de identidad <input type="text"/> | 21. Número del documento de identidad <input type="text"/> | 22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 23. Fecha de nacimiento DD / MM / AAA |

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

| | | | |
|---|--|--|--|
| 24. Apellidos y nombres Primer apellido <input type="text"/> | Segundo apellido <input type="text"/> | Primer nombre <input type="text"/> | Segundo nombre <input type="text"/> |
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |
| 25. Tipo de documento de identidad <input type="text"/> | 26. Número del documento de identidad <input type="text"/> | 27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 28. Fecha de nacimiento DD / MM / AAA |
| B1 | | | DD / MM / AAA |
| B2 | | | DD / MM / AAA |
| B3 | | | DD / MM / AAA |
| B4 | | | DD / MM / AAA |
| B5 | | | DD / MM / AAA |

Datos complementarios

| | | | | | |
|--|---|-----------------------------------|--|--|-----|
| 29. Parentesco <input type="text"/> | 30. Etnia <input type="text"/> | 31. Discapacidad | | | |
| | | Tipo | | Condición | |
| | | F | N | M | T P |
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |
| 32. Datos de residencia Municipio/Distrito <input type="text"/> | Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> | Departamento <input type="text"/> | Teléfono Fijo y/o celular <input type="text"/> | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <input type="text"/> | |
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

Selección de la IPS Primaria

| | |
|--|--|
| 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS <input type="text"/> | Código de la IPS (a registrar por la EPS) <input type="text"/> |
| 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 <input type="text"/> | 36. Tipo de documento de identificación <input type="text"/> | 37. Número del documento de identificación <input type="text"/> | 38. Tipo de Aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) <input type="text"/> | |
| 39. Ubicación Dirección <input type="text"/> | Teléfono Fijo <input type="text"/> | Correo Electrónico <input type="text"/> | Municipio/ Distrito <input type="text"/> | Departamento <input type="text"/> |

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 una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización de documento de identidad | <input type="checkbox"/> 13. Movilidad |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios | <input type="checkbox"/> 14. Traslado |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de pre-pensionado |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad del pensionado |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | |

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| | | | |
|-------------------------------------|---|--|----------------|
| 41. Datos básicos de identificación | | 42. Fecha | |
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | DD / MM / AAA |
| 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 ceso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios

49. Declaración de no intención 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 beneficiarios o afiliados adicionales

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades de la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran

52. Autorizaciones 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 Oficio |
|--|---|

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad
Cantidad: CN RC TI CC PA CE CD SC 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 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 qué consiste la pérdida de la patria potestad o el certificado de deronción 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 de 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 SISBEN | | 68. Fecha de Radicación | 69. Fecha de validación |
| Código del Municipio | Código del Departamento | Número de ficha | Puntaje | Nivel | DD / MM / AAA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | DD / MM / AAA |
| 70. Datos del funcionario que realiza la validación | | 71. Firma del Funcionario | | | |
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | | |
| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | | | | |

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