

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

LOGO EPS

No. De Radicado

Fecha de Radicado

D

D

M

M

A

A

A

A

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

4. Contribución solidaria

A. Afiliación

B. Reporte de Novedades

B. Colectiva

C. Institucional

D. De oficio

A. Contributivo

B. Subsidiado

si

no

5. Tipo de afiliado

6. Tipo de cotizante

7. Código

A. Cotizante

B. Cabeza de familia

C. Beneficiario

D. Afiliado adicional

A. Dependiente

B. Independiente

C. Pensionado

(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

9. Tipo de documento de identidad

10. Número del documento de identidad

11. Sexo biológico

12. Sexo identificación

13. Nacionalidad

14. Lugar de nacimiento

15. Fecha de nacimiento

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Femenino

Masculino

T

NB

Otro

Cual

País

Departamento

Municipio

D

D

M

M

A

A

A

A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia

17. Comunidad

18. Discapacidad

19. Tiene encuesta SISBÉN

20. Clasificación SISBÉN

21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

23. Administradora de Pensiones

24. Ingreso base de cotización - IBC

25. Tarifa Contribución Solidaria

26. Residencia

27. Dirección

28. Teléfono fijo

29. Teléfono celular

30. Correo electrónico

31. Zona

32. Departamento

33. Municipio/ Distrito

34. Localidad/Comuna

35. Cabecera Municipal

36. Centro Poblado

37. Poblado

38. Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres

28. Tipo de documento de identidad

29. Número del documento de identidad

30. Sexo biológico

31. Sexo identificación

32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento

34. Fecha de nacimiento

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Femenino

Masculino

T

NB

Otro

Cual

País

Departamento

Municipio

D

D

M

M

A

A

A

A

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

35. Apellidos y nombres

36. Tipo de documento de identidad

37. Número del documento de identidad

38. Nacionalidad

39. Sexo biológico

40. Sexo identificación

41. Lugar de nacimiento

42. Fecha de nacimiento

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Femenino

Masculino

F

M

T

NB

otro

cual

País

Departamento

Municipio

D

D

M

M

A

A

A

A

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco

44. Etnia

45. Comunidad

46. Grupo de población especial

47. Tiene encuesta SISBÉN

48. Clasificación SISBÉN

49. Discapacidad

50. Incapacidad permanente

si

no

Nivel

Grupo

si

no

Categoría de discapacidad

si

no

51. Datos de residencia

52. Valor de la UPC del afiliado adicional

Departamento

Municipio/ Distrito

Cabecera Municipal

Centro Poblado

Rural disperso

Resto Rural

Teléfono fijo y/o celular

(a registrar por la EPS)

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

54. Código de la IPS

C

(a registrar por la EPS)

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social

56. Tipo de documento de identificación

57. Número del documento de identificación

58. Tipo de aportante o pagador de pensiones

59. Ubicación

Dirección

Teléfono fijo o Celular

Correo electrónico

Departamento

Municipio/Distrito

60. Tipo de Novedad ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identificación. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código		☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen																	
☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.		☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia. ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado. ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria. ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.																	
VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD																			
61. Datos básicos de identificación																			
Primer apellido Segundo apellido		Primer nombre Segundo nombre																	
Tipo de documento de identidad Número del documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación F ☐ M ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐	64. Fecha de nacimiento <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	D	D	M	M	A	A	A	A								
D	D	M	M	A	A	A	A												
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									67. Motivo de traslado Código	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones								
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES																			
☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐ 73. 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. ☐ 74. 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. ☐ 75. 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. ☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.																			
VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA																			
79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria																			
Apellidos y nombres																			
Primer apellido Segundo apellido		Primer nombre Segundo nombre																	
Tipo de documento de identidad Número del documento de identidad																			
IX. FIRMAS																			
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio																			
X. ANEXOS																			
☐ 82. Anexo copia del documento de identidad CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐ Cantidad de documentos de identidad anexos:																			
☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 85. 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. ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 88. 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. ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 91. 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.																			
			Total Anexos																
XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL																			
92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio Código del departamento 		93. Nombre de la Institución 																	
XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL																			
94. Apellidos y nombres																			
Primer apellido Segundo apellido		Primer nombre Segundo nombre																	
Tipo documento de identidad Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario 																		
96. fecha de radicación <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	D	D	M	M	A	A	A	A	97. Fecha de validación <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>			D	D	M	M	A	A	A	A
D	D	M	M	A	A	A	A												
D	D	M	M	A	A	A	A												
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																			