



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

NUMERO DE RADICACIÓN

FECHA DE RADICACIÓN

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 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 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) <input type="text"/>

A. AFILIACIÓN

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

6. Primer apellido Primer apellido		Segundo apellido Segundo apellido		Primer nombre Primer nombre		Segundo nombre Segundo nombre	
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 D D M M A A A A	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia <input type="text"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>	14. Grupo Poblacional <input type="text"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones	
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 Urbana <input type="checkbox"/> Rural <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. Primer apellido Primer apellido		Segundo apellido Segundo apellido		Primer nombre Primer nombre		Segundo nombre Segundo nombre	
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 D D M M A A A A	

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 <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 D D M M A A A A	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo			Condición	
				FISICA	NEURO SENSORIAL	MENTAL	T	P
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

32. Datos de residencia		Zona		Departamento		Teléfono Fijo y /o celular		33. Valor de la UPS del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
Municipio / Distrito <input type="text"/>		Urbana <input type="checkbox"/>	Rural <input type="checkbox"/>						
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de IPS (a registrar por la EPS)	
C			
B			
B			
B			

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

35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación <input type="text"/>		37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)			
39. Ubicación									
Dirección <input type="text"/>		Teléfono <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 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 de documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento 42. Fecha D D M M A A A A D D M M A A A A

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 caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. Declaración de no intromisión del cotizante cabeza de familia beneficiarios o afiliados adicionales en una is
- 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 aporte la información que se genere de la afiliación o el 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 Oficio
---------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad CN RC TI CC PA CE CD SC PT PE Total
Cantidad:
- 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 cuerpo 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 Código del Municipio Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
		D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de Identidad <input type="text"/>	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario	

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.