

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



NIT. 804.002.105-0
ESS133 - ESSC33

No. DE RADICACIÓN

FECHA DE RADICACIÓN

DDMM/AAAA

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual <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. Apellidos y 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 DDMM/AAAA <input type="text"/>
---	--	---	---	---

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia <input type="text"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>	13. Puntaje SISBEN <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 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. 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 DDMM/AAAA <input type="text"/>
--	---	--	--	---

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de Nacimiento DDMM/AAAA <input type="text"/>
B1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
B2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
B3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
B4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
B5	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Datos complementarios

29. Parentesco <input type="text"/>	30. Etnia <input type="text"/>	31. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>		
B1	<input type="text"/>	F	N	M
B2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
B2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
B3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
B4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
B5	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

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 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
B <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
B <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
B <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

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 de pensiones (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
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"/> <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"/> <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 <input type="text"/>	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento <input type="text"/>		42. Fecha <input type="text"/>		

43. EPS anterior <input type="text"/>	44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones <input type="text"/>
---------------------------------------	---	---

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 acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. Declaración de no internación 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 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 <input type="text"/>	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio. <input type="text"/>
---	---

IX. ANEXOS

- 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
Cantidad: 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 material.
- 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 <input type="text"/> Código del Departamento <input type="text"/>		67. Datos del SISBEN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>			68. Fecha de Radicación <input type="text"/>	69. Fecha de validación <input type="text"/>
--	--	--	--	--	--	--

70. Datos del funcionario que realiza la validación

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

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.

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La información que se registre en este formulario es muy importante para el SGSSS, por favor, para su diligenciamiento, utilice tinta de color negro, escriba en letra de imprenta, sin tachones ni enmendaduras, y siga las instrucciones de este documento.



Fecha de radicación: Este dato corresponde a la fecha en que la EPS recibe físicamente el formulario de afiliación o de reporte de novedades. Quien realiza el trámite debe verificar que la fecha registrada corresponda efectivamente a la fecha en que éste se realiza ante la EPS.

CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE

Estos datos se refieren a la descripción de la operación, trámite o transacción que se realiza mediante la suscripción del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES.

1. Tipo de trámite

A. Afiliación: Aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.

B. Reporte de novedades: Aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliado adicional, según el/los tipo (s) de novedades relacionadas en el campo 40.

2. Tipo de afiliación

A. Individual: La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, entidades o instituciones.

Se debe colocar una X en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

B. Colectiva: La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

C. Institucional: La opción Institucional aplica cuando la persona que se va a afiliarse encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.

D. De oficio: La opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social —UGPP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se rehúse a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarías de Familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.

3. Régimen: Contributivo o Subsidiado

4. Tipo de afiliado: Cotizante, Cabeza de Familia o Beneficiario.

5. Tipo de cotizante: Dependiente, Independiente o Pensionado y digitar código de cotizante según BDUA.

A. AFILIACIÓN: Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.

- Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.

- Diligenciar los datos del capítulo V, relativos al empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación.

- Marcar con una X, en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.

- Diligenciar el capítulo VIII Firmas.

- Marcar con una X, en el capítulo IX, los documentos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliarse, en condición de cotizante o cabeza de familia.

- Diligenciar los datos del capítulo IV si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliarse, o si la persona que se va a afiliarse tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del artículo 35 del Decreto 2353 de 2015.

- Diligenciar los datos del capítulo V relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio.

- Marcar con una X en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio podrán marcar los numerales 51, 52 y 53.

- Diligenciar el capítulo VIII Firmas.

- Marcar con una X, en el capítulo IX, el documento de identidad de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliarse y los anexos que correspondan.

- Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

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

6. Apellidos y nombres

7. Tipo de documento de identidad

Código	Descripción
CN	Certificado de Nacido Vivo
RC	Registro Civil de Nacimiento
TI	Tarjeta de Identidad
CC	Cédula de Ciudadanía
CE	Cédula de Extranjería
PA	Pasaporte
CD	Carné Diplomático
SC	Salvoconducto de Permanencia

8. Número del documento de identidad

9. Sexo: Femenino o Masculino.

10. Fecha de nacimiento: DD/MM/AAAA

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS (del cotizante o del cabeza de familia)

11. Etnia:

Código	Etnia
01	Indígena
02	Rrom (Gitano)
03	Raizal (San Andrés y Providencia)
04	Palenquero (San Basilio de Palenque)
05	Negro(a), Afrocolombiano(a)

12. Discapacidad: Si la tiene, Seleccione:

Tipo de discapacidad: Marque con una X la opción:

F: Física N: Neuro-sensorial M: Mental

Condición de discapacidad: Marque con una X la opción:

T: Temporal P: Permanente.

13. Puntaje SISBÉN: Sólo Régimen Subsidiado

14. Grupo de población especial: R. Subsidiado

02	Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
06	Menores desvinculados del conflicto armado, a cargo del ICBF.
08	Población desmovilizada.
09	Victimas del Conflicto Armado.
10	Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.
11	Personas incluidas en el programa de protección a testigos.
16	Adultos mayores en centros de protección.
17	Comunidad indígena.
18	Población Rrom.
22	Población privada de la libertad, que no esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la libertad.
23	Personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.
24	Personas incluidas en el Registro Único de Damnificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio Venezolano

17. Ingreso Base de Cotización — IBC: Salario. Sólo aplica al Régimen Contributivo.

18. Residencia: En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D.C.

CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Si el cónyuge o compañero (a) permanente también cotiza, diligencie los campos 19 al 23. Si éste no cotiza debe registrarse en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo IV en la fila de primer beneficiario (B1), campos 24 al 34.

29. Parentesco:

Código	Parentesco
CY	Cónyuge
CP	Compañera(o) permanente incluyendo las parejas del mismo sexo
HI	Hijos menores de 25 años de edad
HD	Los hijos de cualquier edad con incapacidad permanente
HC	Los hijos del cónyuge o compañero(a) permanente del afiliado.
HB	Los hijos del beneficiario
MD	Los menores de 25 años o de cualquier edad, con incapacidad permanente.
PD	Padres del Cotizante.
MC	Menores de 18 años de custodia
AA	Persona de cualquier edad como afiliado adicional.

CAPÍTULO 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: NIT ó CC.

37. Número del documento de identificación

38. Tipo de aportante o Pagador de Pensiones: Código según tabla PILA.

39. Ubicación

Señor afiliado, no olvide firmar el formulario, junto con el empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos que se requiera.

B. REPORTE DE NOVEDADES

El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia y no puede ser simultánea con una afiliación.

Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades que expresamente se autorizan en este instructivo.

40. Tipos de novedad:

Número	Nombre
1	Modificación de datos básicos de identificación
2	Corrección de datos básicos de identificación
3	Actualización del documento de identidad
4	Actualización y corrección de datos complementarios
5	Terminación de la inscripción en la EPS
6	Reinscripción en la EPS
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 relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11	Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12	Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13	Movilidad
14	Traslado
15	Reporte de fallecimiento
16	Reporte del trámite de protección al cesante
17	Reporte de la calidad de pre-pensionado
18	Reporte de la calidad de pensionado

DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS

NOVEDADES

Para reportar una novedad el cotizante o cabeza de familia debe: Marcar con una X la casilla de la novedad, del numeral 40 "Tipo de novedad".

Para reportar la novedad 1, 2 o 3 el cotizante o cabeza de familia debe: Registrar los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 24 al 28 capítulo IV, como están en el documento de identidad actual, es decir antes de modificación, si la novedad corresponde a un beneficiario o afiliado adicional; Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del que se esté reportando la novedad, después de la modificación; Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad donde consten las modificaciones realizadas y anexe copia.

Novedad 4: Registrar los numerales del capítulo II para el cotizante o del cabeza de familia; Registraren el capítulo III, en los numerales a actualizar o corregir si la novedad corresponde al cotizante o cabeza de familia; Registrar en los numerales 24 al 32 del capítulo IV, si la novedad corresponde a los beneficiarios o afiliados adicionales.

Novedad 5:

Código	Condición
01	El cotizante termina su relación laboral y/o no reúne las condiciones para seguir cotizando en el SGSSS como independiente, ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado
02	El afiliado informa que va a fijar su residencia en el exterior.
03	El afiliado va a pertenecer a un régimen exceptuado o especial.

Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II y fecha en que termina la inscripción en la EPS, en el numeral 42 del capítulo VI.

Si se trata de las condiciones 01 y 03, además se reportará

la novedad 10. Si la condición es de terminación de la relación laboral se deben registrar los datos del capítulo V y estar suscrita por el empleador.

Novedad 6: Esta novedad aplica cuando el cotizante que ha reportado o ha sido objeto de reporte de la novedad de terminación de la inscripción en una EPS debe realizar una nueva en la misma EPS.

Novedad 7 y 8: Estas novedades se reportan para incluir o excluir, respectivamente, un miembro del núcleo familiar que cumple o no, las condiciones para ser beneficiario o afiliado adicional.

Novedad 9: Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia deberá marcar la novedad 13: Movilidad. También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario en el Régimen Subsidiado además deberá marcar la novedad 13: Movilidad. Si se trata de un beneficiario o un afiliado adicional en el Régimen Contributivo también podrá marcar la novedad 14: Traslado si cumple las condiciones para ello.

Novedad 10: Esta novedad se reporta cuando un afiliado cotizante termina su relación laboral o pierde las condiciones para continuar como cotizante.

Novedad 11 y 12: Estas novedades se reportan cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa efectúa la vinculación o desvinculación, respectivamente, a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Novedad 13: Esta novedad se reporta:

A. Al Régimen Contributivo: cuando el cabeza de familia o alguno de sus beneficiarios del régimen subsidiado inicia una relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar y debe permanecer en la misma EPS en el Régimen Contributivo.

B. Al Régimen Subsidiado: cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando o cuando alguno de sus beneficiarios pierde tal condición y cumplen requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado en la misma EPS.

Debe marcar con una X el régimen que corresponda la movilidad; Diligenciar los campos del capítulo II; Diligenciar los numerales del capítulo III que correspondan; Diligenciar los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere; Diligenciar los datos del capítulo V, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo; Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia o termina la relación laboral (adquiere o pierde las condiciones para cotizar) según régimen de movilidad. Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además deberá diligenciar el numeral 41 del Capítulo VI. Cuando se reporte esta novedad también debe reportarse las novedades 9 o 10 según corresponda. La Entidad Territorial deberá diligenciar los datos del capítulo X cuando se trate de la movilidad al Régimen Subsidiado.

Novedad 14: Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia, en ejercicio del derecho a la libre elección, manifiesta su decisión de cambiarse a otra EPS del mismo o de distinto régimen. La solicitud de traslado a la EPS en la cual desea inscribirse debe cumplir los siguientes requisitos:

Que esté inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos sesenta (360) días calendario continuos o discontinuos, contados a partir del momento de la inscripción; Que no esté el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud; Que esté el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud; Que Insciba en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.

Debe marcar con una X si es traslado en el mismo régimen o de diferente régimen; Diligenciar los capítulos II, III y IV; Registrar en el numeral 34 del capítulo IV el nombre de la IPS primaria seleccionada por el cotizante o cabeza de familia; Diligenciar los datos del capítulo V, si hubiere lugar a ello; Registrar en el numeral 43 del capítulo VI la EPS anterior, es decir, la EPS de la cual se traslada; Registrar en la casilla 44, el código correspondiente al motivo por el cual trasladarse de EPS según la tabla siguiente:

Código	Motivos para el Traslado
1	Por ejercicio de la libre elección.
2	Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta
3	Cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobada.
4	Por unificación del núcleo familiar.
5	Cuando la EPS no tenga cobertura en el municipio al cual se ha cambiado el afiliado
6	Cuando la afiliación ha sido oficiosa por parte de las entidades autorizadas para ello.

Novedad 15: Aplica cuando el cotizante, el cabeza de familia o los beneficiarios o afiliados adicionales fallecen. Cuando el fallecido es el cotizante o el cabeza de familia, la novedad debe reportarla el beneficiario.

Novedad 16: Esta novedad se reporta cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando y solicita cobertura de protección al cesante a la Caja de Compensación Familiar en la que se encuentra afiliado.

Novedad 17: Esta novedad se reporta cuando el cotizante ha radicado la solicitud para el reconocimiento de pensión, no se encuentra obligado a cotizar y hace el esfuerzo financiero para seguir cotizando sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente.

Novedad 18: Esta novedad se reporta por el cotizante a quien le ha sido reconocida una pensión y se encuentra obligado a cotizar como pensionado.

CAPÍTULO VI, DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Registre en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos del afiliado, únicamente para las siguientes novedades: Novedad 1, Novedad 2, Novedad 3 y Novedad 13.

42. Fecha: Registre en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha únicamente para las siguientes novedades: Novedad 9, Novedad 10, Novedad 11, Novedad 12 y Novedad 15.

43. EPS Anterior: Este dato solo se diligencia para la novedad 14 cuando se solicita traslado y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

44. Motivo del traslado: Este dato se registra únicamente cuando se está reportando la novedad 14. Registre el código según la tabla descrita en la novedad 14: "traslado".

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: Este dato se registra únicamente en la novedad 16 o 18. Debe colocar el nombre de la CCF o del Pagador de Pensiones, según el caso.

CAPÍTULO VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Marque con una X las casillas del 46 al 53 correspondiente a las declaraciones y autorizaciones.

CAPÍTULO VIII. FIRMAS

En el espacio correspondiente debe ir la firma de:

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

CAPÍTULO IX. ANEXOS

Marque con una X la casilla correspondiente al/los documento(s) que se anexe(n), según lo requiera el trámite que realiza, en los campos 56 al 65.

CAPÍTULO X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL (Régimen Subsidiado)

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código DANE

67. Datos del Sisbén

68. Fecha de radicación: Fecha en que la EPS entrega el formulario para validación.

69. Fecha de validación: Fecha de consulta a la base de datos de Sisbén.

70. Datos del funcionario

71. Firma del funcionario

Observaciones: En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias respecto del trámite, la información solicitada o el trato recibido.