

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No. de Radicación

Fecha de Radicación									
D	D	M	M	A	A	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"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		3. Régimen C. 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)	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____	
7. Tipo documento de identidad <input type="checkbox"/>	8. Número del documento de identidad _____
9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento D D M M A A A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia <input type="checkbox"/>	12. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T P	13. Puntaje SISBÉN _____	14. Grupo de población especial <input type="checkbox"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de Cotización - IBC
18. Residencia			
Dirección _____		Teléfono fijo _____	Teléfono Celular _____
Municipio/Distrito _____		Zona: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	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 Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____			
20. Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/>	21. Número del documento de identidad _____	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. fecha de nacimiento D D M M A A 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	26. Numero del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A A A
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

29. Parentescos		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T P			
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia Municipio/Distrito _____		Zona Urbana Rural		Departamento	Telefono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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)
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 electronico _____	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 <input type="text"/>	Número documento de Identidad <input type="text"/>	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento <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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 Regimen 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 internación 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	
Cantidad: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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 Codigo del municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de radicación <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"/> <input type="text"/>	69. Fecha de validación <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"/> <input type="text"/>
---	---	--	--

70. Datos del funcionario que realiza la validación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de Identidad <input type="text"/>	Número documento de Identidad <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?	()	()