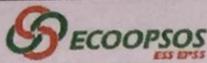


FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No. DE RADICACION

FECHA RADICACION

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

I. DATOS DEL TRAMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de Tramite		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		A. Individual - Cotizante o cabeza de familia <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		A) Contributivo <input type="checkbox"/> B) Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de Afiliado			5. Tipo de Cotizante		Código
A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>			A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		(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		8. Numero de documento de Identidad	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
		10. Fecha de Nacimiento	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales			
11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
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 Completos			
Primer apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo Nombre
20. Tipo documento de Identidad		21. Numero de documento de Identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
		23. Fecha de Nacimiento	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
25. Tipo de documento de Identidad		26. Numero de Documento de Identidad	
B1		B2	
B2		B3	
B3		B4	
B4		B5	

27. Sexo		28. Fecha de Nacimiento	
Femenino	Masculino		
29. Parentesco		30. Etnia	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

31. Discapacidad		32. Datos de Residencia		33. Valor de la UPF del afiliado adicional	
F	N	M	T	P	(A registrar por la EPS)
37. Datos de Residencia		38. Valor de la UPF del afiliado adicional			
Municipio/Distrito	Zona Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular		
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

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

VIGILADO Supercolud

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
35. Nombre o Razón Social		36. Tipo documento de Identidad	37. Numero deL documento de Identificación
39. Ubicación		38. Tipo de aportante o pagador pensiones	
Dirección		Teléfono	(A registrar por la EPS)
		Correo Electrónico	
		Municipio/Distrito	Departamento

RC-ABD-018-03

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

<input type="checkbox"/> 1. Modificación datos básicos de Identificación.	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 2. Corrección datos básicos de Identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 3. Actualización documento de identidad.	<input type="checkbox"/> 13. Movilidad <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección 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 beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 15. Reporte de Fallecimiento
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 16. Reporte de tramite 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 relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizante.	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad del 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"/>	Numero de 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	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 beneficios 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 vigentes y a las entidades publicas 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 el celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aporta nte 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 CS
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 date 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 ola 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 Municipio <input type="text"/> Código del Departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBEN Numero de Ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	68. Fecha radicación <input type="text"/>	69. Fecha de validación <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"/>	Numero documento de identidad <input type="text"/>	71. Firma del Funcionario	
Observaciones:			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			

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.