

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación

Fecha de Radicación

Página 1 de 2

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	
A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedad <input type="checkbox"/>		A. Individual <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/>		A. Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De Oficio <input type="checkbox"/>		Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>			

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos		7. Tipo documento de identidad		8. Número de documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
Barraza Ruiz Erika Marina		CC		1023932661		Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		06/04/1994	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
		Tipo F N M Condición T P					
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingresos base de cotización - IBC			
JURA		Povenir					
18. Residencia		Teléfono		Teléfono celular		Correo electrónico	
Cra 14 este # 45 B 22 sur		3228583771		erika94ruiz@gmail.com			
Bogotá D.C.		Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		San Cristóbal sur		Bogotá	
Municipio/Distrito		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		20. Tipo documento de identidad		21. Número de documento de identidad		22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>			

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

24. Apellidos y nombres completos		25. Tipo de documento de identidad		26. Número de documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Primer apellido Segundo apellido		Primer nombre Segundo nombre				Femenino Masculino			
B1		B2		B3		B4		B5	

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional	
				Tipo F N M Condición T P		Municipio/Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono fijo y/o celular		(a registrar por la EPS)	
B1		B2		B3		B4		B5	

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

35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación		37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador a pensiones	
						(a registrar por la EPS)	

39. Ubicación		Dirección		Teléfono		Correo electrónico		Municipio/Distrito		Departamento	

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 de los 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 datos complementarios.	<input type="checkbox"/> 14. Traslado <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS.	<input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.
Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
<input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.	<input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de pensionado.
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	
<input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

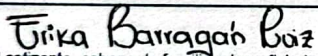
41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Sexo	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento	42. Fecha
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		
	Código <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 el 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. Copia 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 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	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje
		Nivel	
70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número 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.