



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Código: AS-FR-001
 Versión: 03
 Vigencia: 06/12/2024

No. de Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

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. Contribución Solidaria Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
5. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>				6. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		7. Código (a registrar por la EPS)	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN(del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre							
9. Tipo de Documento de Identidad		10. Número del documento de Identidad		11. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		12. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual?	
13. Nacionalidad		14. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		15. Fecha de Nacimiento (DDMMAAAA) DD MM AAAA			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad			
19. Tiene encuesta SISBÉN Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		20. Clasificación SISBÉN Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>				21. Grupo de población especial	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria	
26. Residencia Dirección Teléfono Fijo Telefono Celular Correo electrónico							
Departamento		Municipio/Distrito		Localidad/Comuna		Zona Cabecera Municipal <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/>	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre							
28. Tipo de Documento de Identidad		29. Número del documento de Identidad		30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		31. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual?	
32. Nacionalidad		33. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		34. Fecha de Nacimiento (DDMMAAAA) DD MM AAAA			

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

35. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer nombre Segundo nombre																		
B1																		
B2																		
B3																		
B4																		
B5																		
36. Tipo de documento de identidad		37. Número del Documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico Femenino Masculino				40. Sexo identificación F M T NB Otro Cual				41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio			42. Fecha de nacimiento	
B1																		
B2																		
B3																		
B4																		
B5																		

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial		47. Tiene encuesta SISBÉN Sí No		48. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo		49. Discapacidad Sí No Categoría discapacidad		50. Incapacidad permanente Sí No	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

51. Datos de residencia

Departamento		Municipio		Zona Cabecera Municipal Centro Poblado Rural disperso Resto Rural				Teléfono Fijo y/o celular		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											
Dirección			Localidad/Comuna				Correo Electrónico				
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS						Código de la IPS (a registrar por la EPS)					
C											
B1											
B2											
B3											

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social		56. Tipo de documento de identificación		57. Número del documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)				
59. Ubicación Dirección Teléfono fijo o Celular Correo electrónico Departamento Municipio/Distrito										

B. REPORTE DE NOVEDADES

<p>60. Tipo de Novedad</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS</p> <p>Código <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.</p>	<p><input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas</p> <p><input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo. <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado.</p> <p><input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen. <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen.</p> <p><input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.</p> <p><input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante.</p> <p><input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.</p> <p><input type="checkbox"/> 19. Reporte de calidad de Pensionado.</p> <p><input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.</p> <p><input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.</p>
---	---

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación					
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento de Identidad	Número del documento de Identidad	62. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	63. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	64. Fecha de nacimiento	
		T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual?			
65. EPS anterior	66. Fecha de la novedad	67. Motivo traslado Código	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
<input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
<input type="checkbox"/> 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
<input type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
<input type="checkbox"/> 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza e familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
<input type="checkbox"/> 74. 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
<input type="checkbox"/> 75. 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.
<input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
<input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
<input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria			
Apellidos y nombres			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de Documento de Identidad		Número del documento de Identidad	

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
--	---

X. ANEXOS

<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad:	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT
Cantidad de documentos de identidad anexos:	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.									
<input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.									
<input type="checkbox"/> 85. 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.									
<input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.									
<input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.									
<input type="checkbox"/> 88. 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.									
<input type="checkbox"/> 89. Copia de la Autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.									
<input type="checkbox"/> 90. Certificado de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.									
<input type="checkbox"/> 91. 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.									
Total anexos:									<input type="text"/>

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación del Ente Territorial Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución
---	-------------------------	------------------------------

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo documento de identidad		Número del documento de identidad	
		Firma del funcionario	
96. Fecha de radicación		97. Fecha de validación	

OBSERVACIONES :

Contributivo 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

ELABORÓ: Ing. Jhon Bastidas Coord. De Afiliaciones y Admon de BD	REVISÓ: Ing. Diana Quenán Coord. Sistemas Integrados de Gestión	APROBÓ: Dr. Luis Fernando Cuastumal Gerente General	Documento Controlado 
Las Modificaciones al Formato No Son Válidas Sin Aprobación. (Firmas En Formato Original Aprobado)			