

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud"

Anexo 1
FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

logo EPS	No. de Radicación	Fecha de Radicación
		D D M M A A A A
I. DATOS DEL TRÁMITE <small>(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)</small> Página 1 de 2		
1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	A. Individual: <input type="checkbox"/> - Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional 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	5. Tipo de cotizante	
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"/>	
Código <small>(a registrar por la EPS)</small>		
A. AFILIACIÓN		
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)		
6. Apellidos y nombres		
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre
7. Tipo de documento de identidad	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		
III. DATOS COMPLEMENTARIOS		
Datos personales		
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN
	Tipo <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	
14. Grupo de población especial	17. Ingreso base de cotización -IBC	
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL		
16. Administradora de Pensiones		
18. Residencia		
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna
	Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	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
20. Tipo de documento de identidad	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		
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. Número del documento de identidad	27. Sexo
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
28. Fecha de nacimiento		
B1		D D M M A A A A
B2		D D M M A A A A
B3		D D M M A A A A
B4		D D M M A A A A
B5		D D M M A A A A
Datos complementarios		
29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad
		Tipo <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		
32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional <small>(a registrar por la EPS)</small>	
Municipio/Distrito	Zona	Departamento
	Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Teléfono fijo y/o celular
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		
Selección de la IPS Primaria		
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS <small>(a registrar por la EPS)</small>	
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 <small>(a registrar por la EPS)</small>		
39. Ubicación		
Dirección	Teléfono	Correo electrónico
Municipio/Distrito	Departamento	

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud"

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"/> DDMM/AAAA
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 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 interacción 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

55. El empleador, aportante 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 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
Código del Municipio Código del departamento

67. Datos del SISBÉN
Número de ficha Puntaje Nivel

68. Fecha de radicación DDMM/AAAA

69. Fecha de validación DDMM/AAAA

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>	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.