

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO****DE 2015**

()

Por la cual se adopta el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial las conferidas por los artículos 2 y 29 del Decreto-Ley 4107 de 2011, modificados por los artículos 2 y 4 del Decreto 2562 de 2012, respectivamente, y en desarrollo del Decreto 2353 de 2015, y

CONSIDERANDO

Que la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia, salvo para aquellas personas que cumplan los requisitos para pertenecer a uno de los regímenes exceptuados o especiales establecidos legalmente.

Que de conformidad con lo establecido en el artículo 15 del Decreto 2353 de 2015, *“La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es un acto que se realiza por una sola vez, por medio del cual se adquieren los derechos y obligaciones que del mismo se derivan, el cual se efectúa con el registro en el Sistema de Afiliación Transaccional y la inscripción a una sola Entidad Promotora de Salud - EPS o Entidad Obligada a Compensar - EOC, mediante la suscripción del formulario físico o electrónico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social.”*

Que según lo establecido en el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011, la libre escogencia de Entidad Promotora de Salud se erige como uno de los principios que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través del cual el afiliado tiene el derecho y la facultad de escoger de forma libre y voluntaria, la EPS que administrará su Plan Obligatorio de Salud.

Que atendiendo los cambios y avances que presenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud, resulta necesario unificar los formularios de afiliación que en la actualidad existen para los regímenes contributivo y subsidiado, con el fin de garantizar el derecho a la libre escogencia y la efectividad de las novedades de traslado y movilidad.

Que el Decreto 2353 de 2015, establece como obligación del Ministerio de Salud y Protección Social adoptar el Formulario Físico o Electrónico a través del cual se llevará a cabo el proceso de afiliación y registro de novedades.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. El objeto de la presente Resolución es adoptar el contenido del Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social que se utilizará mientras entra en operación el Sistema de Afiliación Transaccional.

Artículo 2. Campo de aplicación. La presente Resolución aplica a todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y de la Protección Social, a los operadores de afiliación, así como a quienes administran el Registro Único de Afiliados.

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 y se dictan otras disposiciones”

Artículo 3. Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Adóptese el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud a que hace referencia el Anexo Técnico No. 1 del presente acto administrativo, el cual debe ser utilizado obligatoriamente por todas las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional.

Parágrafo Primero. En ningún caso, las EPS podrán modificar el contenido del formulario físico, ni incluir información adicional, de incluirse se tendrá por inexistente y no será oponible para el reconocimiento de UPC; lo anterior, sin perjuicio de las acciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Sin embargo, para efectos de control administrativo, las EPS podrán numerar consecutivamente el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la forma que consideren pertinente.

Parágrafo Segundo. Una vez entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional las afiliaciones y el registro de novedades al Sistema General de Seguridad Social se harán a través del Formulario Electrónico que se establezca para el efecto.

Artículo 4. Instrucciones de diligenciamiento. Las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado deben utilizar el Formulario Físico que se adopta a través del presente acto administrativo, observando para su diligenciamiento las instrucciones establecidas en el Anexo Técnico No 2, el cual hace parte integral de esta Resolución. Dichas instrucciones obligatoriamente deberán ir al respaldo del Formulario.

Artículo 5. Vigencia y derogaciones. La presente Resolución rige a la partir de su publicación y deroga las demás normas que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

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 y se dictan otras disposiciones

ANEXO TÉCNICO No. 1



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formato)

1. TIPO DE TRÁMITE A. Afiliación de Cotizante/Cabeza de Familia B. Afiliación beneficiarios/adicional C. Novedad

2. TIPO DE AFILIACIÓN A. Individual B. Institucional C. De oficio

3. EPS seleccionada Código EPS 4. Régimen C. Contributivo S. Subsidiado 5. Tipo de afiliado CO Cotizante CF Cabeza de Familia 6. Tipo de cotizante D Dependiente P Pensionado I Independiente PR Pre pensionado 7. Fecha de Solicitud D D M M A A A A 8. EPS anterior (solo si se trata de un traslado) Código EPS 9. Causal traslado Código

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA

10. Apellidos y nombres completos Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre

11. Tipo de documento de identificación T CC CE PA SF CD 12. Número de identificación 13. Sexo F M 14. Fecha de nacimiento D D M M A A A A 15. Nivel Sisbén I II NA 16. Etnia 17. Grupo poblacional Código

18. Dirección de residencia 19. Barrio 20. Zona U R CC 21. Localidad/Comuna

22. Ciudad/ Municipio 23. Departamento 24. Teléfono 25. Celular 26. Correo electrónico

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIOS

27. Apellidos y nombres completos Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre

B1 B2 B3 B4

28. Tipo de documento de identificación NV RC TI CC CE PA SF CD 29. Número de identificación 30. Sexo F M 31. Fecha de nacimiento D D M M A A A A 32. Nivel Sisbén I II NA 33. Parentesco 34. Etnia 35. Grupo poblacional

B1 B2 B3 B4

36. Dirección de residencia 37. Barrio 38. Zona U R CC 39. Localidad /Comuna 40. Ciudad/ Municipio 41. Departamento

B1 B2 B3 B4

42. Teléfono 43. Celular 44. Correo electrónico 45. Valor UPC adicional 46. fecha inicio UPC adicional

B1 B2 B3 B4

IV. DATOS OBLIGATORIOS PARA LA AFILIACIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

47. Tipo de aportante 48. Nombre o razón social del aportante 49. Tipo de documento del aportante CC CE CD PA NIT

50. Numero de documento de identificación del aportante 51. Dígito de verificación del aportante 52. Dirección del aportante 53. Barrio del aportante 54. Ciudad/ Municipio del aportante

55. Departamento 56. Teléfono 57. Correo electrónico 58. Fecha de ingreso D D M M A A A A 59. Salario mensual o ingreso mensual

V. DECLARACIONES JURAMENTADAS

60. Declaraciones juramentadas CO convivencia Declaro bajo la gravedad de juramento que hace _____ meses convivo con el(la) señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ DE Dependencia económica Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) beneficiario(s) reportado(s) dependen económica de mi. NC No afiliación u obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Declaro bajo la gravedad de juramento que ni yo ni las personas que he reportado como beneficiarias estamos afiliados o en la obligación de afiliarnos al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. MO movilidad Manifiesto mi voluntad de realizar la novedad de movilidad

VI. OBSERVACIONES Y ANEXOS

61. Observaciones

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 y se dictan otras disposiciones”

VII. FIRMAS

| | | | | | | | |
|---|------------------|--------------------|----------------|--|---|--------------------------|-------|
| 62. Firma del cotizante o cabeza de familia y documento de identidad | | | | 63. Firma autorizada del aportante y sello | | | |
| 64. Datos de identificación y firma de quien realiza la afiliación Institucional o de oficio y sello. | | | | Número de identificación | | Firma | |
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | | | | |
| | | | | | | | |
| VIII. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA ENTIDAD TERRITORIAL | | | | | | | |
| 65. Número ficha Sisbén | | 66. Puntaje Sisbén | | 67. Fecha radicación Entidad Territorial | | 68. Fecha de validación | |
| | | | | D | D | M | M |
| | | | | A | A | A | A |
| 69. Datos funcionario que realiza la validación | | Primer nombre | | Segundo nombre | | Número de identificación | |
| Primer apellido | Segundo apellido | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | Firma |

Recuerde que la firma al final del formulario confirma bajo la gravedad de juramento, las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el numeral V. Declaraciones juramentadas, así como la veracidad de la demás información registrada en el Formulario.

ANEXO TÉCNICO No. 2

INSTRUCCIONES DILIGENCIAMIENTO

Definiciones.

Afiliación cotizante o cabeza de familia: Se entiende por afiliación del cotizante o cabeza de familia cuando estas personas ingresan por primera vez al SGSSS, a través de la inscripción en una EPS del régimen contributivo o del régimen subsidiado, según el caso.

Afiliación beneficiarios/adicional: Se entiende por afiliación de beneficiarios o de adicional cuando el cotizante o cabeza de familia previamente inscritos en una EPS, realizan por primera vez la afiliación al SGSSS de estas personas.

Novedad: Se entiende por novedad la actualización de datos y los cambios que afectan el estado de la afiliación, la condición del afiliado, la pertenencia a un régimen o la inscripción a una EPS que se produzcan con posterioridad a la afiliación al SGSSS.

NOTA: Los datos contenidos en los capítulos I, II, III, V, VI, y VII, deben ser diligenciados obligatoriamente en los campos que corresponda, independientemente que se trate de un afiliado del régimen contributivo o del régimen subsidiado.

I. DATOS DEL TRÁMITE.

1. Tipo de trámite. Marque con una **X** el tipo de trámite que va a realizar para el cotizante o cabeza de familia: **A** Afiliación de cotizante/cabeza de familia; **B** Afiliación beneficiarios/adicional; **C** Novedad.

A Afiliación de cotizante/cabeza de familia: Si se trata de una afiliación del cotizante al régimen contributivo, debe diligenciar los datos establecidos en los capítulos I, II, III, IV, V, VI, y VII del Formulario. Si se trata de una afiliación del cabeza de familia al régimen subsidiado, debe diligenciar los datos establecidos en los capítulos I, II, III, V, VI y VII del formulario.

B Afiliación beneficiarios/adicional: Si se trata de una afiliación de beneficiarios o de un adicional debe diligenciar los datos establecidos en los capítulos I, III, V, VI, y VII del presente formulario.

C Novedad: Si se trata de una novedad en la afiliación del cotizante, del cabeza de familia o de los beneficiarios, según el caso, además de diligenciar los campos a que haya lugar en los capítulos I, V, VI, y VII del formulario, para el trámite de novedades debe tener en cuenta que:

1. Modificación datos básicos de identificación: Aplica cuando los nombres, apellidos, número de documento de identidad, sexo y/o fecha de nacimiento del cotizante, cabeza de familia o beneficiarios, son

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 y se dictan otras disposiciones”

objeto de modificación por parte de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Marque con una **X** en el capítulo I. DATOS DEL TRÁMITE el campo **C** Novedad y en “NOVEDAD REPORTADA” la casilla **1**; diligencie en el Capítulo II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA o en el Capítulo III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIOS, según el caso, los nombres, apellidos, número de documento de identidad, sexo y/o fecha de nacimiento modificados por la Registraduría. No olvide registrar en el Capítulo VI. OBSERVACIONES Y ANEXOS los nombres, apellidos, número de documento de identidad, sexo y/o fecha de nacimiento con que actualmente se encuentra registrado en la EPS el cotizante, cabeza de familia o beneficiario, según el caso. Anexe copia del acto administrativo de la Registraduría Nacional del Estado Civil que autoriza la modificación.

2. Corrección datos básicos de identificación: Aplica cuando existen errores de digitación en los nombres, apellidos, tipo de documento de identidad, número de documento de identidad, sexo y/o fecha de nacimiento del cotizante, cabeza de familia o beneficiarios. Marque con una **X** en el capítulo I. DATOS DEL TRÁMITE el campo **C** Novedad y en “NOVEDAD REPORTADA” la casilla **2**; diligencie en el Capítulo II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA o en el Capítulo III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIOS, según el caso, los nombres, apellidos, tipo de documento de identidad, número de documento de identidad, sexo y/o fecha de nacimiento correctos. No olvide registrar en el Capítulo VI. OBSERVACIONES Y ANEXOS los nombres, apellidos, tipo de documento de identidad, número de documento de identidad, sexo y/o fecha de nacimiento con que actualmente se encuentra registrado en la EPS el cotizante, cabeza de familia o beneficiario, según el caso. Anexe copia del documento de identidad correspondiente a la corrección.

3. Actualización documento de identidad: Aplica cuando al cotizante, cabeza de familia o beneficiarios le ha sido expedido un nuevo tipo de documento de identidad. Marque con una **X** en el capítulo I. DATOS DEL TRÁMITE el campo **C** Novedad y en “NOVEDAD REPORTADA” la casilla **3**; diligencie en el Capítulo II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA o en el Capítulo III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIOS, según el caso, el tipo y número de identidad actualizados. No olvide registrar en el Capítulo VI. OBSERVACIONES Y ANEXOS el tipo y número de identidad con que actualmente se encuentra registrado en la EPS el cotizante, cabeza de familia o beneficiario, según el caso. Anexe copia del documento de identidad correspondiente a la actualización.

4. Actualización y/o corrección datos complementarios: Aplica cuando por cambio de domicilio o errores de digitación debe actualizarse o corregirse los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia o beneficiarios. Marque con una **X** en el capítulo I. DATOS DEL TRÁMITE el campo **C** Novedad y en “NOVEDAD REPORTADA” la casilla **4**; diligencie en el Capítulo II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA o en el Capítulo III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIOS, según el caso, los datos complementarios a actualizar o a corregir (Parentesco, etnia, grupo poblacional, barrio, zona, localidad/comuna, ciudad/municipio, departamento, teléfono, celular y/o correo electrónico). No olvide registrar en el Capítulo VI. OBSERVACIONES Y ANEXOS los datos complementarios a actualizar o a corregir con que actualmente se encuentra registrado en la EPS el cotizante, cabeza de familia o beneficiario, según el caso

5. Cambio de condición en el RC: Aplica cuando un cotizante del régimen contributivo cambia su calidad de cotizante a beneficiario del RC; de trabajador dependiente a independiente; de trabajador independiente a dependiente; de trabajador independiente a independiente pre pensionado; de trabajador independiente a pensionado o de trabajador dependiente a pensionado. Marque con una **X** en el capítulo I. DATOS DEL TRÁMITE el campo **C** Novedad y en “NOVEDAD REPORTADA” la casilla **5**; diligencie los Capítulos II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA o III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIOS y/o IV. DATOS OBLIGATORIOS PARA LA AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, en los campos que corresponda. No olvide registrar en el Capítulo VI. OBSERVACIONES Y ANEXOS la nueva condición que pasa a tener el afiliado.

6. Suspensión pago de aportes: Aplica cuando el trabajador independiente pierde su capacidad de pago y no reúne los requisitos para afiliarse en el Régimen Subsidiado o cuando un cotizante y su núcleo familiar fijan su residencia en el exterior. Marque con una **X** en el Capítulo I. DATOS DEL TRÁMITE el campo **C** Novedad y en la casilla **6** que se encuentra en “NOVEDAD REPORTADA” la causal que corresponda, esto es, pérdida capacidad de pago trabajador independiente o fijación residencia exterior. No olvide registrar en el Capítulo VI OBSERVACIONES Y ANEXOS el nuevo país de residencia.

7. Reactivación inscripción: Aplica cuando un afiliado al SGSSS luego de haber suspendido el pago de aportes adquiere nuevamente capacidad de pago y no acredita el período mínimo de permanencia para trasladarse o cuando habiendo fijado residencia en el exterior retorna al país. Marque con una **X** en el Capítulo I. DATOS DEL TRÁMITE el campo **C** Novedad y en “NOVEDAD REPORTADA” la casilla **7**; diligencie los capítulos II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA, III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIOS y IV. DATOS OBLIGATORIOS PARA LA AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, en los campos que corresponda.

8. Reporte de incapacidad permanente de un beneficiario: Aplica cuando un beneficiario entra en condición de incapacidad permanente y sigue dependiendo económicamente del cotizante o cabeza de familia. Marque con una **X** en el capítulo I. DATOS DEL TRÁMITE el campo **C** Novedad y en “NOVEDAD REPORTADA” la

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 y se dictan otras disposiciones”

casilla **8**; diligencie en el Capítulo III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIOS, los datos del beneficiario que entra en condición de incapacidad permanente. Anexe el certificado de incapacidad correspondiente.

9. Adición beneficiarios: Aplica cuando el cotizante o cabeza de familia va a inscribir beneficiarios que ya se encuentran afiliados al SGSSS. Marque con una **X** en el capítulo I. DATOS DEL TRÁMITE el campo **C** Novedad y en “NOVEDAD REPORTADA” la casilla **9**; diligencie completamente el Capítulo III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIOS. No olvide allegar los documentos que demuestran el parentesco.

10. Exclusión beneficiarios: Aplica cuando un beneficiario pierde las condiciones establecidas en la Ley para continuar en dicha calidad, o cuando pasa a conformar otro grupo familiar o cambia su condición a cotizante. Marque con una **X** en el capítulo I. DATOS DEL TRÁMITE el campo **C** Novedad y en “NOVEDAD REPORTADA” la casilla **10**; diligencie en el Capítulo III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIOS, los datos del beneficiario objeto de exclusión. Escriba el motivo del retiro en el Capítulo VI. OBSERVACIONES Y ANEXOS y allegue el documento soporte.

11. Inicio de relación laboral: Aplica cuando el cotizante inicia una nueva vinculación laboral. Marque con una **X** en el capítulo I. DATOS DEL TRÁMITE el campo **C** Novedad y en “NOVEDAD REPORTADA” la casilla **11**; diligencie los Capítulos II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA, III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIOS y IV. DATOS OBLIGATORIOS PARA LA AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, en los campos que corresponda. Recuerde que el formulario debe ser firmado tanto por el trabajador como por el empleador.

12. Terminación de relación laboral: Aplica cuando el cotizante termina su vinculación laboral. Marque con una **X** en el capítulo I. DATOS DEL TRÁMITE el campo **C** Novedad y en “NOVEDAD REPORTADA” la casilla **12**. Anexe el documento que evidencia la terminación de la relación laboral.

13. Movilidad: Movilidad al régimen subsidiado aplica: a) Para el cotizante, cuando termina la relación laboral o contractual o pierde la capacidad de pago y se encuentra clasificado en los niveles I y II del Sisbén o constituye población especial, b) Para el beneficiario, cuando pierde las condiciones para continuar afiliado en tal calidad, no se encuentra obligado a cotizar y se encuentra clasificado en los niveles I y II del Sisbén o constituye población especial. Movilidad al régimen contributivo aplica cuando un cabeza de familia o beneficiario afiliado al Régimen Subsidiado, inicia una relación laboral o contractual o adquiere capacidad de pago. Tratándose de víctimas además de encontrarse en el Registro Único de Víctimas el usuario tiene que estar clasificado en los niveles I y II del Sisbén. Marque con una **X** en el Capítulo I. DATOS DEL TRÁMITE el campo **C** Novedad y en la casilla **13** que se encuentra en “NOVEDAD REPORTADA” el tipo de movilidad que corresponda, esto es, al régimen subsidiado o al régimen contributivo; diligencie completamente los Capítulos II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA y III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIOS si se trata de movilidad al régimen subsidiado; o los Capítulos II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA, III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIOS y IV. DATOS OBLIGATORIOS PARA LA AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO si se trata de movilidad al régimen contributivo.

14. Solicitud de traslado: Aplica cuando el afiliado desea cambiar de EPS dentro de un mismo o distinto régimen por reunir las condiciones establecidas en la Ley para trasladarse. Marque con una **X** en el Capítulo I. DATOS DEL TRÁMITE el campo **C** Novedad y en la casilla **14** que se encuentra en “NOVEDAD REPORTADA” el tipo de traslado que corresponda, esto es, traslado de EPS del mismo régimen o traslado de EPS de distinto régimen; diligencie en el campo 8 la EPS anterior, registre en el campo 9. Causal de traslado el código que corresponda y diligencie los Capítulos II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA, III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIOS y IV. DATOS OBLIGATORIOS PARA LA AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO si se trata de un afiliado del régimen contributivo; o los Capítulos II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA y III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIOS, si se trata de un afiliado del régimen subsidiado. Recuerde que el traslado de EPS sólo aplica cuando se cumplen las condiciones establecidas en la normatividad vigente pues de lo contrario prevalecerá la novedad de movilidad.

15. Reporte de fallecimiento: Aplica cuando el cotizante, el cabeza de familia o los beneficiarios fallecen. Recuerde que si quién fallece es el cabeza de familia, además debe reportarse la novedad de cambio de cabeza de familia. Marque con una **X** en el capítulo I. DATOS DEL TRÁMITE el campo **C** Novedad y en “NOVEDAD REPORTADA” la casilla **15**; diligencie en el Capítulo II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA o en el Capítulo III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIOS, según el caso, los datos de identificación de la persona fallecida. Indique la fecha de fallecimiento en Capítulo VI. OBSERVACIONES Y ANEXOS y allegue el registro de defunción.

16. Cambio cabeza de familia: Aplica cuando el cabeza de familia fallece. Marque con una **X** en el capítulo I. DATOS DEL TRÁMITE el campo **C** Novedad y en “NOVEDAD REPORTADA” la casilla **16**; diligencie en el Capítulo II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA los datos completos del nuevo cabeza de familia.

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 y se dictan otras disposiciones”

17. Cobertura protección al cesante: Aplica cuando el cotizante termina su vinculación laboral y acredita las condiciones para beneficiarse de dicha protección y la Caja de Compensación Familiar aprueba dicho beneficio. Marque con una **X** en el capítulo I. DATOS DEL TRÁMITE el campo **C** Novedad y en “NOVEDAD REPORTADA la casilla **17**; diligencie completamente los Capítulos II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA, III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIOS y IV. DATOS OBLIGATORIOS PARA LA AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.

2. Tipo de afiliación: Marque con una **X** el tipo de afiliación, según el caso: **A** Individual; **B** Institucional; **C** De Oficio. Para las afiliaciones institucionales y de oficio es obligatorio el diligenciamiento de los Capítulos I, II, VI y VII.

3. EPS seleccionada. Diligencie el código de la EPS seleccionada de acuerdo al Régimen que corresponda y a las siguientes tablas:

| EPS REGIMEN CONTRIBUTIVO | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------|
| EPS001 ALIANSALUD | EPS010 SURA | EPS018 S.O.S. |
| EPS002 SALUD TOTAL | EPS012COMFENALCO VALLE | EPS023 CRUZ BLANCA |
| EPS003 CAFESALUD | EPS013 SALUDCOOP | EPS033 SALUDVIDA |
| EPS005 SANITAS | EPS016 COOMEVA | EPS037 NUEVA EPS |
| EPS008 COMPENSAR | EPS017 FAMISANAR | |

| EPS REGIMEN SUBSIDIADO | | |
|------------------------|------------------------------|----------------------------|
| EPSS03 CAFESALUD | ESS002 EMDISALUD | CCF015 COMFACOR |
| EPS020 CAPRECOM | ESS024 COOSALUD | CCF018 CAFAM |
| EPS022 CONVIDA | ESS062 ASMET SALUD | CCF023 COMFAMILIAR GUAJIRA |
| EPS025 CAPRESOCA | ESS076 AMBUQ | CCF024 COMFAMILIAR HUILA |
| EPSS33 SALUDVIDA | ESS091 ECOOPSOS | CCF027 COMFAMILIAR NARINO |
| EPSS34 CAPITAL SALUD | ESS118 EMSSANAR | CCF033 COMFAMILIAR SUCRE |
| EPSI01 DUSAKAWI | ESS133 COMPARTA | CCF045 COMFANORTE |
| EPSI02 MANEXCA | ESS207 MUTUAL SER | CCF049 COMFAORIENTE |
| EPSI03 AIC | EPSS40 SAVIA SALUD | CCF053 COMFACUNDI |
| EPSI04 ANAS WAYUU | CCF007 COMFAMILIAR CARTAGENA | CCF055 CAJACOPI |
| EPSI05 MALLAMAS | ESS002 EMDISALUD | CCF101 COLSUBSIDIO |
| EPSI06 PIJAOS SALUD | CCF009 COMFABOY | CCF102 COMFAMILIAR CHOCO |

4. Régimen. Marque con una **X** el Régimen que corresponda: **C** Contributivo o **S** Subsidiado.

5. Tipo de afiliado. Marque con una **X** el tipo de afiliado que corresponda: **CO** Cotizante; **CF** cabeza de familia.

6. Tipo de cotizante. Marque con una **X** el tipo de cotizante que corresponda: **D** Dependiente; **I** Independiente; **P** Pensionado; **PR** Pre pensionado. Este campo sólo aplica para afiliados al RC.

7. Fecha de Solicitud. Diligencie la fecha en que está llevando a cabo el trámite que corresponda.

8. EPS anterior. Diligencie este campo sólo si se trata de una novedad de traslado. Ingrese el código de la EPS de la cual pretende trasladarse, de acuerdo a los códigos a que hacen referencia las tablas de que trata el campo **3. EPS seleccionada.**

9. Causal de traslado. Diligencie el código de la causal por la cual se traslada de su actual EPS, de conformidad con la siguiente tabla:

| CÓDIGO CAUSAL TRASLADO | | |
|--|---|--|
| 01 Acreditación del período mínimo de permanencia. | 04 Deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o su red. | 07 Cambio de residencia y falta de cobertura geográfica de la EPS actual. |
| 02 Violación libre escogencia IPS. | 05 Unificación o disolución del grupo familiar. | 08 Falta de reporte inmediato de la novedad de movilidad descendente del cotizante o del beneficiario. |
| 03 Afiliación transitoria UGPP. | 06 Retiro e ingreso a otro núcleo familiar en calidad de beneficiario o de UPC adicional. | |

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA

Datos básicos de identificación:

10. Apellidos y nombres completos. Diligencie los nombres y apellidos del cotizante o cabeza de familia, según el orden establecido tal como figura en el respectivo documento de identidad.

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 y se dictan otras disposiciones”

11. Tipo de documento de identidad. Marque con una **X** el tipo de documento que corresponda: **TI** Tarjeta de identidad; **CC** Cedula de ciudadanía **CE** Cedula de extranjería; **PA** Pasaporte; **SP** Salvo Conducto de Permanencia; **CD** Carné Diplomático.

12. Número de documento de identidad. Diligencie el número del documento de identidad del cotizante o cabeza de familia, según el caso.

13. Sexo. Marque con una **X** conforme aparece en su documento de identidad: **F** Femenino o **M** Masculino.

14. Fecha de nacimiento. Diligencie en números los datos de la fecha de nacimiento que aparece en su documento de identidad.

Datos complementarios:

15. Nivel Sisbén. Marque con una **X** el Nivel Sisbén en el que se encuentra clasificado. **I, II** o **N/A**. Este dato debe diligenciarse obligatoriamente para afiliaciones al régimen subsidiado.

16. Etnia. Diligencie el código que corresponda, de acuerdo a la Etnia a la cual pertenezca:

| | | | | | |
|-----------|---------------------------|-----------|---|-----------|-----------------------------------|
| 01 | Indígena | 02 | ROM (gitano) | 03 | Raizal (San Andrés y Providencia) |
| 04 | Palanquero de San Basilio | 05 | Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a), afro descendiente | 06 | Ninguna de las anteriores |

17. Grupo poblacional: Diligencie el código que corresponda, de acuerdo a la población a la cual pertenezca:

| | | | | | |
|-----------|---|-----------|---|-----------|--|
| 01 | Población infantil a cargo del ICBF. | 02 | Menores desvinculados del conflicto armado a cargo del ICBF | 03 | Población infantil vulnerable bajo protección en Instituciones diferentes al ICBF. |
| 04 | Comunidades indígenas. | 05 | Población desmovilizada. | 06 | Adultos mayores en Centros de Protección |
| 07 | Población ROM | 08 | Personas incluidas en el Programa de Protección a testigos. | 09 | Víctimas del conflicto armado - Ley 1448 de 2011 |
| 10 | Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales que no cumpla las condiciones para cotizar al SGSSS | 11 | Otras poblaciones definidas como especiales por el Gobierno nacional. | 12 | Ninguna de las anteriores |

18. Dirección de residencia. Diligencie sin abreviaturas la dirección de residencia del cotizante o del cabeza de familia, según el caso.

19. Barrio. Diligencie el barrio que corresponda a la dirección de residencia del cotizante o del cabeza de familia, según el caso.

20. Zona. Marque con una **X**, según corresponda: **(U)** si es urbana; **(R)** si es rural o **(CC)** si es un centro conurbado.

21. Localidad/Comuna. Diligencie la localidad/comuna que corresponda a la dirección de residencia del cotizante o del cabeza de familia, según el caso.

22. Ciudad/municipio. Diligencie el nombre de la ciudad o municipio de residencia del cotizante o del cabeza de familia, según el caso.

23. Departamento. Diligencie el departamento en el que reside el cotizante o del cabeza de familia, según el caso.

24. Teléfono. Diligencie el número de teléfono de residencia del cotizante o del cabeza de familia, según el caso.

25. Celular. Diligencie el número de celular del cotizante o del cabeza de familia, según el caso.

26. Correo electrónico. Diligencie el correo electrónico del cotizante o del cabeza de familia, según el caso.

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIOS. Siempre diligencie en la primera línea los datos del cónyuge o compañero(a) permanente que acrediten las condiciones para ser beneficiarios(as), y posteriormente, los datos de los demás beneficiarios.

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 y se dictan otras disposiciones”

Datos básicos de identificación:

27. Apellidos y nombres completos. Diligencie los nombres y apellidos del beneficiario según el orden establecido y como figura en el respectivo documento de identidad.

28. Tipo de documento de identidad. Marque con una **X** el tipo de documento que corresponda: **NV** Nacido Vivo; **RC** Registro Civil; **TI** Tarjeta de Identidad; **CC** Cedula de Ciudadanía; **CE** Cedula de Extranjería; **PA** Pasaporte, **SP** Salvo Conducto de Permanencia; **CD** Carné Diplomático.

29. Número de documento de identidad. Diligencie el número del documento de identidad.

30. Sexo. Marque con una **X** conforme aparece en su documento de identidad: **F** Femenino o **M** Masculino.

31. Fecha de nacimiento. Diligencie en números los datos de la fecha de nacimiento que aparece en el documento de identificación.

Datos complementarios:

32. Nivel Sisbén. Marque con una **X** el Nivel Sisbén en el que se encuentra clasificado. **I, II** o **N/A**. Este dato debe diligenciarse obligatoriamente para afiliaciones al régimen subsidiado.

33. Parentesco. Diligencie el código que corresponda según la siguiente tabla:

| CODIGO PARENTESCO | | | | | |
|-------------------|-------------------------|-----------|------------------|-----------|---------------------------|
| CO | Cónyuge | PA | Padre | CP | Compañero(a) permanente |
| MA | Madre | HH | Hijo(a) | NI | Nieto(a) |
| HI | Hijo(a) con incapacidad | NC | Nieto(a) cónyuge | HC | Hijo(a) cónyuge |
| SO | Sobrino(a) | HA | Hijo(a) adoptivo | OB | Otro (para UPC adicional) |
| MC | Menores en custodia | | | | |

34. Etnia. Diligencie el código que corresponda, de acuerdo a la Etnia a la cual pertenezca, según la tabla del numeral 16 del presente instructivo.

35. Grupo poblacional: Diligencie el código que corresponda, de acuerdo a la población a la cual pertenezca el (la) beneficiario(a), según la tabla del numeral 17 del presente instructivo.

36. Dirección de residencia. Diligencie la dirección de residencia del beneficiario, sin abreviaturas, sólo si es diferente a la del cotizante o del cabeza de familia, según el caso.

37. Barrio. Diligencie el barrio que corresponda a la dirección de residencia del beneficiario sólo si es diferente a la del cotizante o del cabeza de familia, según el caso.

38. Zona. Diligencie (**U**) si es urbana; (**R**) si es rural o (**CC**) si es un centro conurbado.

39. Localidad/Comuna. Diligencie la localidad/comuna que corresponda a la dirección de residencia del beneficiario, sólo si es diferente a la del cotizante o del cabeza de familia, según el caso.

40. Ciudad/municipio. Diligencie el nombre de la ciudad o municipio de residencia del beneficiario sólo si es diferente a la del cotizante o del cabeza de familia, según el caso.

41. Departamento. Diligencie el departamento donde reside el beneficiario sólo si es diferente a la del cotizante o del cabeza de familia, según el caso.

42. Teléfono. Diligencie el número de teléfono de residencia del beneficiario sólo si es diferente al del cotizante o del cabeza de familia, según el caso.

43. Celular. Diligencie el número de celular del beneficiario.

44. Correo electrónico. Diligencie el correo electrónico del beneficiario.

45. Valor UPC Adicional: Diligencie el valor correspondiente a la UPC adicional. **Este campo debe ser diligenciado obligatoriamente por la EPS.**

46. fecha inicio UPC Adicional. Diligencie la fecha en que empieza a regir la UPC Adicional. **Este campo debe ser diligenciado obligatoriamente por la EPS.**

NOTA: Diligencie los datos contenidos en el capítulo IV únicamente si su afiliación es al régimen contributivo

IV. DATOS OBLIGATORIOS PARA LA AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

47. Tipo de aportante. Diligencie el código que corresponda, según la siguiente tabla:

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 y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO | TIPO DE APORTANTE |
|--------|------------------------------------|
| 01 | Empleador |
| 02 | Trabajador Independiente |
| 03 | Pagador de pensiones |
| 04 | Asociación o Agrupación autorizada |
| 05 | Caja de Compensación Familiar |

48. Nombre o razón social del aportante. Diligencie el nombre completo de la persona natural, Empresa, Agrupación o Asociación, Entidad Pensionadora o Caja de Compensación Familiar que realiza los aportes.

49. Tipo de documento del aportante. Marque con una **X** el tipo de documento que corresponda: **CC** Cedula de Ciudadanía; **CE** Cedula de Extranjería; **CD** Carné Diplomático; **PA** Pasaporte; **NIT** Número de Identificación Tributaria.

50. Número de documento de identificación del aportante. Diligencie el número completo del documento de identificación del aportante.

51. DV del aportante. Diligencie el dígito de verificación.

52. Dirección del aportante. Diligencie la dirección donde recibe la correspondencia el aportante.

53. Barrio del aportante. Diligencie el barrio que corresponda a la dirección del aportante.

54. Ciudad/municipio del aportante. Diligencie la ciudad o municipio que corresponde a la dirección del aportante.

55. departamento. Diligencie el departamento que corresponde a la dirección del aportante.

56. Teléfono. Diligencie el teléfono del área de talento humano o nómina.

57. Correo electrónico. Diligencie el correo electrónico genérico del área encargada de afiliaciones de la empresa.

58. Fecha de ingreso. Diligencie la fecha de ingreso del trabajador, de la relación contractual, del reconocimiento de la pensión o de inicio del mecanismo de protección al cesante

59. Salario mensual o ingreso mensual. Diligencie el valor mensual del ingreso percibido si se trata de un trabajador independiente que labora por su propia cuenta o riesgo o el 40% del valor mensual bruto facturado si se encuentra vinculado por contrato de prestación de servicios. Tratándose de trabajadores dependientes, diligencie el valor correspondiente al salario mensual. Si es pensionado diligencie el valor de la mesada pensional.

NOTA: Los datos contenidos en los capítulos V, VI, y VII deben ser diligenciados obligatoriamente para afiliaciones al régimen contributivo y para afiliaciones al régimen subsidiado en los campos que corresponda, según el caso.

V. DECLARACIONES JURAMENTADAS

60. declaraciones juramentadas: En caso de requerir declaración de dependencia económica y/o declaración juramentada de convivencia, diligencie estos campos y marque con una **X** según corresponda. Su firma al final del formulario confirma las declaraciones marcadas y/o diligenciadas.

Si tiene beneficiarios que dependan económicamente de usted, no olvide marcar con una **X** el cuadrante de dependencia económica.

Si va a afiliarse como beneficiario(a) a su compañero(a) permanente, diligencie los datos del cuadrante convivencia, en el cual, su compañero(a) debe firmar.

Si se trata de una afiliación al régimen subsidiado, marque con una **X** el cuadrante en el cual se declara que usted ni ningún integrante de su grupo familiar, está o tiene la obligación de cotizar al Régimen Contributivo o al Régimen de Excepción o Especial.

Si se trata de una novedad de movilidad. Marque con una **X** el cuadrante en el cual se declara la voluntad de realizar dicha novedad.

VI. OBSERVACIONES Y ANEXOS

61. Observaciones: Use este campo para complementar el registro de novedades o si requiere escribir información adicional, así como para relacionar los documentos que se allegan.

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 y se dictan otras disposiciones”

VII. FIRMAS

Estos campos deben ser diligenciados obligatoriamente en lo que corresponda al régimen en el cual se afilie.

62. Firma del cotizante o del cabeza de familia y documento de identidad: Registre la firma y número de documento de identidad del cotizante o del cabeza de familia, según el caso.

63. Firma autorizada aportante y sello: Registre la firma del aportante o de la persona a quien este autoriza como responsable de la información contenida en el formato. En caso de ser trabajador independiente o pensionado no diligencie este espacio.

64. datos de identificación y firma de quién realiza la afiliación Institucional o de oficio y sello: Registre la firma, los nombres y apellidos completos, el número de documento de identidad y el cargo de la persona que realiza la afiliación Institucional o de oficio.

NOTA: Los datos contenidos en el capítulo VIII. obligatoriamente deben ser diligenciados por la entidad territorial tratándose de afiliaciones al régimen subsidiado

VIII. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

65. Número ficha Sisbén. Diligencie el número de la ficha Sisbén.

66. Puntaje Sisbén: Diligencie el puntaje obtenido en la encuesta Sisbén.

67. Fecha radicación Entidad Territorial: Diligencie en números la fecha en la cual se recibe y radica el formulario en la entidad territorial.

68. Fecha de validación: Diligencie en números la fecha en la cual se validó la información

69. Datos del funcionario que realiza la validación: Diligencie los nombres y apellidos completos, y el número de identificación con su respectiva firma del funcionario que realizó la validación.

Recuerde que la firma al final del formulario confirma bajo la gravedad de juramento, las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el numeral VI. Declaraciones juramentadas, así como la veracidad de la demás información registrada en el Formulario.