



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 0005602 DE 2015

(28 DIC 2015)

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

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial las conferidas en el artículo 2 del Decreto – Ley 4107 de 2011 y el párrafo 4º del artículo 16 y los párrafos de los artículos 44, 47, 53, 55 y 56 del Decreto 2353 de 2015 y

CONSIDERANDO

Que la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obigatoria 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 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 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, entre otras, la EPS que administrará su Plan Obligatorio de Salud.

Que de conformidad con lo establecido en el artículo 16 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 el párrafo 4 del precitado artículo, dispuso que, hasta tanto entre en operación plena el Sistema de Afiliación Transaccional, la afiliación y las novedades de traslado y de movilidad, deberán realizarse en el formulario físico que para el efecto, adopte el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que conforme con lo anteriormente señalado, se hace necesario adoptar el formulario físico a través del cual se llevará a cabo el proceso de afiliación y registro de novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene como fin adoptar el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y las instrucciones para su diligenciamiento contenidos en los Anexos Técnicos No. 1 *“FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”* y 2 *“INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”*, los

S.V.

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"

cuales forman parte integral de la misma. Igualmente, describir su contenido, establecer su obligatoriedad y transitoriedad para su aplicación en todo el territorio nacional.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.* La presente resolución aplica a las Entidades Promotoras de Salud – EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, a los aportantes, a las entidades territoriales y a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, cuando deseen registrar alguna novedad y a las personas cuando deseen afiliarse a dicho Sistema hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional.

Artículo 3. *Obligatoriedad.* Las Entidades Promotoras de Salud – EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado deberán utilizar obligatoriamente el formulario adoptado con la presente resolución cuyo contenido no podrá ser modificado ni adicionado con nueva información. Cualquier modificación al contenido del formulario, se tendrá por inexistente y no será oponible para el reconocimiento de Unidad de pago por Capitación – UPC. Lo anterior, sin perjuicio de las acciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 4. *Contenido del formulario.* El formulario contiene los datos organizados en una secuencia que busca facilitar al afiliado su diligenciamiento y se acompaña de un instructivo que orienta el adecuado trámite de la afiliación y de las novedades para su registro y reporte.

Artículo 5. *Prohibiciones.* Bajo ninguna circunstancia las Entidades Promotoras de Salud – EPS podrán anexar al Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud, adoptado mediante la presente resolución, declaraciones del estado de salud, so pena de las sanciones a que haya lugar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 6. *Transición.* El Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá ser implementado por las Entidades Promotoras de Salud – EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente resolución. En dicho término, las EPS podrán utilizar los formularios existentes y para registrar y reportar la novedad de movilidad, deberán identificarla en la casilla de novedades bajo el número "99" o la palabra "MOV".

Artículo 7. *Inspección, Vigilancia y Control.* Corresponderá a la Superintendencia Nacional de Salud, efectuar Inspección, Vigilancia y Control a la aplicación de las disposiciones aquí previstas.

Artículo 8. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los 28 DIC 2015


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"

ANEXO TÉCNICO No. 1

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

logu EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Página 1 de 2

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

CONSECUTIVO

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Novedad <input type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Personal: a) su afiliación <input type="checkbox"/> b) sus beneficiarios <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/> C. De oficio <input type="checkbox"/>		3. Régimen C. Contributivo <input type="checkbox"/> S. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado CO Cotizante <input type="checkbox"/> CF Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> BE Beneficiario <input type="checkbox"/>			5. Tipo de cotizante Código		6. Fecha de la Solicitud

A. AFILIACION

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

7. Apellidos y nombres completos									
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
8. Tipo documento de Identidad T <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/>				9. Número documento de Identidad		10. Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		11. Fecha de nacimiento	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN

Comunes al R. Contributivo y al R. Subsidiado

12. Origen étnico Etnia Código		13. Ubicación de residencia Dirección residencia		Barrio		Zona U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>		Localidad/Comuna	
Ciudad/ Municipio		Departamento		Teléfono fijo		Teléfono móvil		Correo electrónico	

Específicos R. Subsidiado

14. Nivel SISBÉN I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		15. Población especial Código	
---	--	-------------------------------	--

Específicos R. Contributivo (datos del empleador o de otro tipo de aportante)

16. Tipo de aportante Código		17. Nombre o razón social		18. Tipo documento de identificación CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/>		19. Número documento de identificación					
20. DV		21. Dirección		22. Ciudad/ Municipio		23. Departamento		24. Correo electrónico		25. Teléfono	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL DESIGNADO INSTITUCIONAL O DEL RESPONSABLE DE OFICIO

26. Apellidos y nombres completos							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
27. Tipo documento de Identidad CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>				28. Número documento de Identidad		29. Institución /Entidad	
30. Dirección		31. Municipio		32. Teléfono		33. Correo electrónico	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Cónyuge o compañera permanente cotizante

34. Apellidos y nombres completos		35. Tipo documento de Identidad CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/>		36. Número documento de Identidad	
Primer apellido		Primer nombre			

Beneficiarios que dependen económicamente del cotizante o cabeza de familia

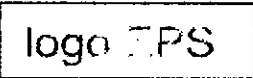
37. Apellidos y nombres completos							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
B1							
B2							
B3							
B4							

38. Tipo documento de Identidad		39. Número documento de Identidad		40. Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		41. Fecha de nacimiento	
B1 CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/>							
B2 CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/>							
B3 CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/>							
B4 CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/>							

42. Ubicación de residencia							
Dirección residencia		Barrio		Ciudad/ Municipio		Departamento	
B1							
B2							
B3							
B4							

43. Nivel SISBÉN		44. Parentesco Código		45. Tipo de discapacidad		46. Condición de discapacidad		47. Etnia Código		48. Grupo poblacional		49. Fecha inicio UPC adicional (Lo diligencia la EPS)		50. Valor UPC adicional (Lo diligencia la EPS)	
B1 I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>				F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>									
B2 I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>				F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>									
B3 I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>				F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>									
B4 I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>				F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>									

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"



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS
Página 2 de 2

B. REPORTE DE NOVEDADES

51. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación 2. Corrección datos básicos de identificación 3. Actualización documento de identidad

4. Actualización y/o corrección datos complementarios 5. Cambio de condición en el R. Contributivo

6. Suspensión pago de aportes: a) Por pérdida capacidad de pago b) Por fijación residencia exterior

7. Reactivación inscripción: a) Por adquirir el Trabajador independiente nuevamente capacidad de pago b) Por retorno al país

8. Reporte de incapacidad permanente de un beneficiario

9. Inclusión beneficiarios 10. Exclusión beneficiarios 11. Inicio de relación laboral 12. Terminación de relación laboral

13. Movilidad: a) Al Régimen Subsidiado b) Al régimen Contributivo

14. Solicitud de traslado de EPS: a) Del mismo régimen b) De distinto régimen

15. Reporte de fallecimiento 16. Cambio cabeza de familia 17. Cobertura protección al cesante

VI. DATOS NECESARIOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

52. Fecha (e partir de)	53. Fecha de fallecimiento	54. EPS Código	55. Régimen RC <input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/>	56. Tipo de afiliado CO <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/>	57. Tipo de cotizante Código
-------------------------	----------------------------	----------------	---	--	------------------------------

58. Causal de traslado

1. Voluntario 2. Violación libre escogencia IPS 3. Afiliación transitoria UGPP

4. Deficiente prestación o suspensión de servicios 5. Unificación o disolución del grupo familiar 6. Retiro e ingreso a otro núcleo familiar

7. Cambio de residencia y falta de cobertura geográfica 8. Falta de reporte inmediato de la novedad de movilidad

VII. DECLARACIONES

59. Declaraciones

1. DC Declaración de convivencia: Declaro que convivo con el (la) señor(a) _____, identificado (a) con No. _____ desde _____.

2. DE Declaración de dependencia económica: Declaro que las personas inscritas como beneficiarios dependen económicamente de mí.

3. NA Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción: Declaro que junto con mis beneficiarios no tenemos la obligación de cotizar en el régimen contributivo, especial o de excepción.

4. PP Declaración prepensionado: Declaro que tengo la calidad de prepensionado.

5. DD Declaración entrega carta de derechos y deberes del afiliado y el paciente: Declaro que la EPS me entregó previo al diligenciamiento del formulario de afiliación la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente y me informó que cualquier actualización la puedo consultar en la página web de la EPS o en la central telefónica.

6. CD Declaración entrega carta de desempeño: Declaro que la EPS me entregó previo al diligenciamiento del formulario de afiliación la carta de desempeño de la entidad y me informó que sus actualizaciones las puedo consultar en la página web de la EPS o en la central telefónica.

VIII. ANEXOS

60. Anexos

1. Copia acto administrativo RNEC que autoriza modificación de datos de identificación

2. Copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC PO

3. Certificado de discapacidad permanente emitido por la autoridad competente

4. Copia registro civil de matrimonio

5. Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital

6. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

7. Copia certificado de defunción

8. Copia documento pérdida patria potestad, copia orden judicial o acto administrativo de custodia

IX. AUTORIZACIONES

61. Autorizo a la EPS para que:

1. Solicite y obtenga datos y copias de mi historia clínica y la de mis beneficiarios.

2. Reporte la información que se genere en virtud de la afiliación o novedad reportada, a las bases de datos de los actores que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social, así como a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

3. Me envíe información al correo electrónico o por mensajes de texto.

X. FIRMAS

62. Firma del cotizante o cabeza de familia

63. Firma y sello empleador

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

64. Número ficha SISBÉN	65. Puntaje SISBÉN	66. Fecha radicación Entidad Territorial	67. Fecha de validación
-------------------------	--------------------	--	-------------------------

68. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
-----------------	------------------	---------------	----------------

Tipo documento de identidad: CC CE Número documento de identidad

Firma

Observaciones:

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de la demás información registrada.

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 TÉCNICO No. 2

**INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO
FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

Diligencie el formulario en letra imprenta, legible, sin borrones ni tachones. Los datos de identificación se deben diligenciar como aparece en el documento de identidad vigente. Los espacios sombreados son para diligenciamiento por la EPS o de la Entidad Territorial correspondiente.

Los trámites de afiliación o novedades, puede realizarlos solamente el cotizante, el cabeza de familia, el representante institucional o el representante autorizado en afiliaciones de oficio.

I. DATOS DEL TRÁMITE.

1. Tipo de trámite. Marque con una **X** el tipo de trámite que va a realizar

- A. **Afiliación.** Si la persona se va a registrar por primera vez en el SGSSS. Si ha estado antes en una EPS, el trámite no corresponde a una afiliación, sino a una novedad.
- B. **Reporte de Novedad.** Si usted va a comunicar algún cambio en los datos, ya sean suyos, de sus beneficiarios, o de la condición en el aseguramiento.

2. Tipo de afiliación

- A. **Persona.** Cuando usted, como cotizante o cabeza de familia va a realizar alguna operación, y debe elegir la opción: a) su afiliación, o b) la de sus beneficiarios.
- B. **Institucional.** Cuando una institución responsable de la persona que va a afiliar, como el ICBF, va a realizar la operación.
- C. **De oficio.** Cuando una persona o Entidad autorizada para realizar transitoriamente una afiliación de alguien que no puede o no quiere afiliarse.

3. Tipo de régimen

C: Contributivo. Cuando la operación que se va a realizar afecta a este régimen, es decir, la afiliación, la movilidad o la novedad es en el R. Contributivo.

S: Subsidiado. Cuando la operación que se va a realizar afecta a este régimen, es decir, la afiliación, la movilidad o la novedad es en el R. Subsidiado.

4. Tipo de Afiliado

CO: Cotizante. Es el afiliado que paga aportes al Sistema en el régimen contributivo, y es la cabeza del grupo familiar.

CF: Cabeza de familia. Es el afiliado que recibe subsidio del SGSSS, y es la cabeza de su grupo familiar.

5. Tipo de cotizante

Corresponde a las opciones de condición del cotizante, al momento de su afiliación.

CODIGO	TIPO DE COTIZANTE
1	Dependiente.
3	Independiente.
10	Pensionado.
11	Pensionado por sustitución.
12	Aprendiz en etapa electiva.
19	Aprendiz en etapa productiva.
20	Estudiantes Régimen Especial (Ley 789/02).
21	Estudiantes de postgrado en salud Decreto 190 de1996.

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"

CODIGO	TIPO DE COTIZANTE
15	Desempleado con subsidio Caja de Compensación Familiar.
17	Funcionarios públicos sin tope máximo en el IBC.
18	Afiliados con requisitos cumplidos para pensión.
47	Trabajador dependiente con aportante beneficiario del- SGP.
48	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario Ley Primer Empleo. (Ley 1429/2011).

Registre en las columnas del formulario la opción seleccionada: para los códigos de un solo dígito escriba este en la columna de la derecha y en las dos columnas si el código es de dos dígitos.

6. **Fecha de solicitud.** Debe escribir la fecha en que está haciendo el trámite, colocando, día, mes y año.

A. AFILIACIÓN

- **De cotizantes y de cabeza de familia (personal y de oficio)**

Si eligió las opciones: afiliación, personal, de cotizante, en el régimen contributivo, registre los datos de los capítulos: II, III (datos comunes y específicos del régimen contributivo, si es trabajador dependiente), el VII, el VIII, el IX y el X.

El tipo de documento debe marcarse según la siguiente tabla:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE DOCUMENTO
CN	Corresponde al Certificado de Nacido Vivo, expedido por la Institución Prestadora de Servicios (IPS) donde nació el niño o niña, y solo es válido hasta máximo el tercer mes de vida, después de lo cual debe ser reemplazado por el registro civil.
RC	Corresponde al Registro Civil de Nacimiento, expedido por una notara pública. Escriba el número del Registro Civil de 11 dígitos. ND EL NÚMERO SERIAL.
TI	Corresponde a la Tarjeta de identidad, válida hasta cumplir 18 años, cuando debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía. Consta de 10 números.
CC	Corresponde a la Cédula de Ciudadanía, expedida por la Registraduría Nacional del Estado Civil, a las personas que cumplen 18 años, y es obligatoria a partir de esta fecha. Consta de 10 dígitos.
CE	Corresponde a la Cédula de Extranjería, expedida solo para extranjeros, por la Oficina respectiva de Migración Colombia.
PA	Corresponde al Pasaporte, y es el documento que acredita la identidad y la nacionalidad de una persona al ingresar a otro país, y es expedido por la Cancillería.
CD	Corresponde al Carné Diplomático, expedido a aquellos que cumplen funciones como personal de embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros. Aplica sólo en la afiliación de este tipo de funcionarios.
SC	Corresponde al Salvo Conducto de permanencia, y es un documento de carácter temporal que expide la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia al extranjero que así lo requiera.
PD	Corresponde al Pasaporte de la DNU. Es un documento para refugiados que se expide sólo a los extranjeros que poseen una declaración de admisión como refugiado o una declaración de mandato, expedida por Naciones Unidas para los Refugiados.

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"

Afiliación de beneficiarios

La afiliación de beneficiarios debe realizarla el cotizante, el cabeza de familia o el representante institucional de población en protección especial, cuando se haga por primera vez. De lo contrario debe hacerlo como una novedad.

Si su cónyuge o compañera (o) permanente, es cotizante sólo debe llenar los datos de los numerales 34, 35, 36.

Para los demás beneficiarios (los que dependen económicamente, incluido el cónyuge o compañera (o) permanente que no es cotizante) diligencie los siguientes datos:

Apellidos y nombres completos. Escriba los apellidos y nombres del beneficiario tal como figuran en el respectivo documento de identidad.

Tipo de documento de identidad. Marque con una **X** el tipo de documento que corresponda a su edad y condición de residencia en el país, como se definió en la tabla anterior.

Datos complementarios:

Escriba los apellidos, nombres, tipo y número del documento de identidad del cónyuge o compañero (a) permanente cuando es cotizante, tal como aparecen en el documento de identidad, en las casillas 34, 35 y 36.

Escriba para cada beneficiario que vaya a afiliar los apellidos, nombres, tipo y número del documento de identidad, el sexo y la fecha de nacimiento en las casillas 37, 38, y 39, 40 y 41 tal como aparecen en el documento de identidad.

Diligencie la casilla 42, **Lugar de residencia**, para cada uno de los beneficiarios, si esta es distinta a la del cotizante; o para el beneficiario que vive en una dirección distinta a la del cotizante; si tienen la misma dirección del cotizante escriba en el espacio dirección, esta anotación.

En la casilla 43, **Nivel SISBÉN**, marque con una **X**, para cada beneficiario, el nivel en que se encuentra clasificado. Este dato debe diligenciarse obligatoriamente para afiliaciones al régimen subsidiado, si la persona no se encuentra incluida en un listado censal de población especial.

En la casilla 44, **Parentesco**, escriba, para cada beneficiario, el código del parentesco que le corresponda y pueda demostrar con los soportes establecidos, según la siguiente tabla:

CÓDIGO	PARENTESCO	DESCRIPCIÓN PARENTESCO
CY	Cónyuge.	Con relación formalizada mediante matrimonio Civil.
CP	Compañera (o) permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.	Con unión marital de hecho, que se declara por cualquiera de los siguientes mecanismos: <ul style="list-style-type: none"> • Escritura pública ante notario. • Acta de Conciliación suscrita por los compañeros permanentes. • Por sentencia judicial, (Artículo 4o. Ley 979 de 2005).
HI	Hijos menores de veinticinco (25) años de edad.	Que dependan económicamente del cotizante.
HD	Los hijos de cualquier edad.	Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HC	Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo.	Si dependen económicamente del cotizante, (con o sin incapacidad permanente).

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"

CÓDIGO	PARENTESCO	DESCRIPCIÓN PARENTESCO
HB	Los hijos de los beneficiarios.	Si estos dependen económicamente del cotizante.
HH	Los menores de veinticinco (25) años o de cualquier edad.	Que, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos, se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad con el cotizante y dependan económicamente de éste.
PA	Padres del cotizante.	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, a falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos.
MC	Los menores de dieciocho (18) años.	En custodia legal por el cotizante, asignada por autoridad competente.

La casilla 45, **Tipo de discapacidad**. Debe diligenciarse solo en el caso en que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente, así: **F**: Física; **N**: Neuro-sensorial; **M**: Mental, y el grado de discapacidad o condición (casilla 46): **T**: Temporal o **P**: Permanente.

La casilla 47 corresponde al **Origen étnico del beneficiario**. Debe colocar el código numérico según la siguiente tabla:

CÓDIGO	ETNIA
01	Indígena.
02	ROM (gitano).
03	Raizal (San Andrés y Providencia).
04	Palenquero (San Basilio de Palenque).
05	Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a), afro descendiente.
06	Ninguna.

La casilla 48: **Grupo poblacional o población especial**, corresponde a la clasificación de la población que ha sido elegible para el subsidio de salud mediante el mecanismo de listado censal como lo establecen las distintas normas vigentes sobre el particular. Debe escribir el código numérico en el espacio que corresponda, según la tabla siguiente:

CÓDIGO	GRUPO POBLACIONAL
2	Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
10	Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.
6	Menores desvinculados del conflicto armado.
23	Personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.
17	Comunidades Indígenas.
8	Población desmovilizada.
16	Adultos mayores en centros de protección.
18	Población Rom.
11	Personas incluidas en el programa de protección a testigos.
9	Víctimas del conflicto armado.
22	Población privada de la libertad.

La Casilla 49: Lo diligencia la EPS cuando la afiliación, corresponde a un beneficiario adicional por el cual el cotizante paga una UPC adicional; debe indicar la fecha a partir de la cual inicia el pago, y

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"

En la casilla 50 coloca el valor de la UPC, y los datos de los capítulos VIII, VIII, IX y el X.

Si eligió las opciones: afiliación, de oficio, en el régimen subsidiado, o de un beneficiario de cualesquier régimen, diligencie los datos de los capítulos: II, III (datos comunes y específicos del régimen contributivo), el IV, el V, el VII, el VIII, el IX y el X.

Si, como cotizante o cabeza de familia, eligió la opción de afiliación personal de sus beneficiarios, diligencie los datos de los capítulos: II (con sus datos de cotizante o cabeza de familia), V, el VIII, el IX y el X.

Si eligió la opción afiliación personal como cabeza de familia, diligencie los datos de los capítulos: II: Datos básicos de identificación del cotizante o del cabeza de familia completos, los del capítulo III, los del VII, VIII, IX y X.

Si eligió la opción afiliación institucional de beneficiarios del régimen subsidiado (niños o adultos), diligencie los datos de los capítulos IV, V, VII, VIII, IX y X.

B. REPORTE DE NOVEDADES

Descripción de las novedades:

Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación. Esta novedad se reporta a la EPS cuando el cotizante, el cabeza de familia o el beneficiario han modificado uno o varios de los datos básicos de identificación, posterior a haberlo solicitado a la Entidad que le expidió el documento de identidad y ésta los haya aprobado mediante acto administrativo.

Novedad 2. Corrección de datos básicos de identificación. Esta novedad se reporta cuando sus datos básicos de identificación quedaron mal registrados en la BDUA y no coinciden con los de su documento, y usted solicita su corrección.

Novedad 3. Actualización documento de identidad. Esta novedad consiste en la comunicación a la EPS de que el documento de identidad actual ha sido sustituido por el siguiente vigente para la edad, es decir, que se ha cambiado el RC por la TI, o la TI por la CC.

Para cualesquiera de estas novedades el cotizante o el cabeza de familia debe: i) marcar con una **X** la novedad a reportar, ii) registrar todos los datos del capítulo II: Datos Básicos de Identificación, en forma correcta, después de haberlos cambiado o corregido.

Para cambiar los datos de identificación del beneficiario, se debe marcar con **X** la novedad respectiva y diligenciar los numerales 37, 38, 39, 40 y 41 del CAPÍTULO V, con los datos modificados o corregidos.

Novedad 4. Actualización y/o corrección de datos complementarios. Esta novedad consiste en la comunicación a la EPS de cambios en los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia o beneficiario. Para esto usted debe: diligenciar el capítulo III, dirección de residencia y nivel Sisben (para cotizante y cabeza de familia) y el capítulo V, numeral 42, con los datos actualizados, y el capítulo VI, numerales 43, 44, 45, 46, 47 y 48, con los datos que se modificaron.

Novedad 5. Cambio de condición en el régimen contributivo. Esta novedad consiste en la comunicación a la EPS del cambio de cotizante a beneficiario, de beneficiario a cotizante, de dependiente a independiente, de dependiente a independiente pre pensionado, de independiente a pensionado. Para esto usted debe marcar con una **X** el tipo de novedad 5, 11 y/o 12 dependiendo si es cotizante o cabeza de familia, diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, los numerales 52 (a partir de cuándo aplica la novedad), 56 y 57 si es cotizante, del capítulo VI para indicar su nueva condición y en el capítulo VII numeral 4, solo cuando el cambio de condición es a pre pensionado, y el X.

Novedad 6. Suspensión pago de aportes. Esta novedad se reporta cuando usted es cotizante dependiente, pierde su empleo y no tiene capacidad de pago, o es independiente y pierde su

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"

capacidad de pago, o fija su residencia en el exterior, para suspender el pago de aportes y no generar mora. Para esto debe marcar el tipo de novedad 6 y 12, diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, el numeral 52 (a partir de cuándo aplica la novedad) y el capítulo X.

Novedad 7. Reactivación de la inscripción en la EPS. Esta novedad se reporta cuando usted ha regresado del exterior donde tenía fijada su residencia, tiene capacidad de pago o tiene un empleo y quiere continuar en la misma EPS. En este caso marca el tipo de novedad 7 y 11 si corresponde, diligencia los datos básicos de identificación del capítulo II, los numerales 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 y 25 del capítulo III relativos a su nuevo empleador (si consiguió un empleo), y el numeral 52 fecha a partir de cuándo inicia la relación laboral y/o el pago de los aportes (si es independiente). Si se trata de un trabajador independiente esta fecha corresponde a la fecha del pago de los aportes.

Novedad 8. Reporte de incapacidad. Esta novedad se reporta cuando alguno de los beneficiarios del cotizante o cabeza de familia ha sufrido un evento que le ha generado una discapacidad médicamente reconocida y calificada. En el régimen contributivo tiene el efecto de conservar la condición de beneficiario después de los 25 años, si ésta es permanente. Para esta novedad debe diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, los numerales 37, 38, 39, 40, 41, 44, 45 y 46 del capítulo V, el numeral 3 del capítulo VIII, y el capítulo X.

Novedad 9. Inclusión beneficiario. Esta novedad se reporta cuando un cotizante o un cabeza de familia desean incluir en su núcleo familiar a un beneficiario que se encontraba en otro núcleo, y cumple con las condiciones para hacerlo. Para esta novedad usted debe diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, los datos correspondientes del capítulo V: datos de beneficiarios que dependen económicamente del afiliado o del cabeza de familia, el numeral 2 del capítulo VII, numeral del capítulo VIII que corresponda como soporte del parentesco y el capítulo X.

Novedad 10. Exclusión de beneficiarios. Esta novedad se reporta cuando un cotizante o un cabeza de familia desea retirar de su núcleo familiar a un beneficiario por razones de haber perdido las condiciones para seguir siendo beneficiario (edad, consigue empleo, fija su residencia en el exterior, va a integrar otro grupo familiar). Para esta novedad usted debe diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, los datos correspondientes del capítulo V: datos de beneficiarios que dependen económicamente del afiliado o del cabeza de familia, y el capítulo X.

Novedad 11. Inicio de relación laboral. Esta novedad se reporta cuando un afiliado cabeza de familia en el régimen subsidiado, consigue empleo e inicia una relación laboral, o un trabajador dependiente cambia de empleador. Para esta novedad usted debe diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, los numerales 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 y 25 del capítulo III, numeral 52 del capítulo VI, fecha a partir de la cual inicia la relación laboral, y el capítulo X.

Novedad 12. Terminación de relación laboral. Esta novedad se reporta cuando un afiliado cotizante pierde el empleo y va a aplicar a movilidad al régimen subsidiado, o va a dejar de pagar aportes. Para esta novedad usted debe diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, los numerales 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 y 25 del capítulo III, numeral 52 del capítulo VI, fecha a partir de la cual termina la relación laboral, y el capítulo X.

Novedad 13. Movilidad. Esta novedad se reporta cuando un cabeza de familia consigue empleo y desea permanecer en la misma EPS, o un cotizante pierde el empleo, cumple requisitos para movilidad, desea permanecer en la misma EPS y desea aplicar a movilidad. Para esta novedad usted debe marcar el tipo de novedad 13, seleccionando si la movilidad es al R. Subsidiado o al R. Contributivo, 11 o 12 según corresponda, diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, y los numerales 52 (fecha a partir de cuándo aplica la movilidad) y 55 (régimen al cual pasa después de la novedad) del capítulo VI y el capítulo X.

Novedad 14. Solicitud de traslado de EPS. Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia manifiesta su deseo de cambiarse a otra EPS, porque quiere hacer uso de su libertad de elección. Para esta novedad debe diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, y los numerales 52, 54 EPS anterior o actual y 58 si su solicitud obedece a alguna de las situaciones que permiten esta operación sin el cumplimiento del período de permanencia.

Novedad 15. Reporte de fallecimiento. Aplica cuando el cotizante, el cabeza de familia o los beneficiarios fallecen. Cuando el fallecido es el cotizante o el cabeza de familia, la novedad debe reportarla el beneficiario. Esta novedad afecta internamente el Sistema, para reconocer a los

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"

beneficiarios el periodo de protección laboral, y en el caso en que la (el) cónyuge sea cotizante pase como cotizante principal y se reconfigure el núcleo familiar. Para esta novedad se debe diligenciar el capítulo II, si el fallecido es cotizante o cabeza de familia, el capítulo IV si el fallecido es el beneficiario, marcar la novedad 16, cuando el fallecido sea el cabeza de familia, y el numeral 53 del capítulo VI, el numeral 7 del capítulo VIII y el capítulo X.

Novedad 16. Cambio de condición de cabeza de familia. Aplica sólo para el régimen subsidiado cuando el cabeza de familia fallece, y uno de los beneficiarios debe asumir como tal, para lo cual debe haberse pasado previamente la novedad de fallecimiento. Para esta novedad debe diligenciar el capítulo II, el capítulo V, solo: nombres y apellidos, tipo y número de documento de identidad, el numeral 7 del capítulo VIII y el capítulo X.

Novedad 17. Cobertura de 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. Para esta novedad se debe diligenciar el capítulo II, los numerales 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 correspondientes al aportante, en este caso la Caja de Compensación Familiar que otorga el subsidio de desempleo o protección al cesante, el numeral 52 del capítulo VI (fecha a partir de la cual se hará efectiva la protección) y el capítulo X.

Diligenciamiento del capítulo XI por parte de las Entidades Territoriales

Las Entidades Territoriales, municipales y distritales deben registrar los datos correspondientes a los numerales 64, 65, consultando el último archivo del Sisben, dispuesto por DNP, al momento de recibir el formulario por parte de la EPS.

Los numerales 66 y 67, deben ser diligenciados para las fechas de radicación de los formularios por la EPS y de validación de los datos, que deben estar dentro de las fechas de consulta al archivo del Sisben.

Los demás datos corresponden a la identificación del funcionario responsable de este proceso en el Ente Territorial.

En **Observaciones**, usted puede dejar: notas aclaratorias, complementarias de la información suministrada, o manifestaciones de satisfacción o inconformidad por el trato recibido en la EPS.