

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



No. de Radicación  Fecha de Radicación

**I. DATOS DEL TRÁMITE** (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

<b>1. Tipo de trámite</b> A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	<b>2. Tipo de Afiliación</b> 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"/>	<b>3. Régimen</b> A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	<b>4. Tipo de afiliado:</b> A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	<b>5. Tipo de cotizante:</b> A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	<b>Código</b> (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
---	--	---	--	---	--

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

<b>6. Apellidos y nombres</b> Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido <input type="text"/> Primer Nombre <input type="text"/> Segundo Nombre <input type="text"/>	<b>7. Tipo de documento de identidad</b> <input type="text"/>	<b>8. Número de documento de identidad</b> <input type="text"/>	<b>9. Sexo</b> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	<b>10. Fecha de nacimiento</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	---	---	---	--

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)**

<b>11. Etnia</b> <input type="text"/>	<b>12. Discapacidad</b> Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	<b>13. Puntaje SISBÉN</b> <input type="text"/>	<b>14. Grupo de población especial</b> <input type="text"/>	<b>15. Administradora de riesgos laborales - ARL</b> <input type="text"/>	<b>16. Administradora de pensiones</b> <input type="text"/>
<b>17. Ingreso base de cotización - IBC</b> <input type="text"/>	<b>18. Residencia</b> Dirección <input type="text"/>		<b>Teléfono fijo</b> <input type="text"/>	<b>Teléfono celular</b> <input type="text"/>	
<b>Correo electrónico</b> <input type="text"/>	<b>Municipio / Distrito</b> <input type="text"/>	<b>Zona Urbana</b> <input type="checkbox"/> <b>Rural</b> <input type="checkbox"/>	<b>Localidad / Comuna</b> <input type="text"/>	<b>Departamento</b> <input type="text"/>	

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)**

<b>19. Apellidos y nombres</b> Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido <input type="text"/> Primer Nombre <input type="text"/> Segundo Nombre <input type="text"/>	<b>20. Tipo de documento de identidad</b> <input type="text"/>	<b>21. Número de documento de identidad</b> <input type="text"/>	<b>22. Sexo</b> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	<b>23. Fecha de nacimiento</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--	--	--	--

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

24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad		32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		Municipio / Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento	Teléfono fijo y/o celular <input type="text"/>		<input type="text"/>
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

**Selección de la IPS Primaria**

**V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

<b>34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS</b> <input type="text"/>	<b>Código de la IPS</b> (a registrar por la EPS) <input type="text"/>	<b>35. Nombre o razón social</b> <input type="text"/>	<b>36. Tipo de documento de identificación</b> <input type="text"/>
<b>Cot.</b> <input type="text"/>	<b>B</b> <input type="text"/>	<b>37. Número del documento de identificación</b> <input type="text"/>	<b>38. Tipo de aportante o pagador pensiones</b> (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
<b>39. Ubicación</b> Dirección <input type="text"/>	<b>Teléfono</b> <input type="text"/>	<b>Correo electrónico</b> <input type="text"/>	<b>Municipio / Distrito</b> <input type="text"/> <b>Departamento</b> <input type="text"/>

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

<b>40. Tipo de Novedad</b>	<b>7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales</b> <input type="checkbox"/>	<b>13. Movilidad:</b> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/>
1. Modificación datos básicos de identificación <input type="checkbox"/>	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/>	14. Traslado: A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/>
2. Corrección datos básicos de identificación <input type="checkbox"/>	9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar <input type="checkbox"/>	15. Reporte por fallecimiento <input type="checkbox"/>
3. Actualización documento de identidad <input type="checkbox"/>	10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando <input type="checkbox"/>	16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/>
4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/>	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/>	17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/>
5. Terminación de la inscripción en la EPS <input type="checkbox"/>	12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/>	18. Reporte de la calidad de Pensionado <input type="checkbox"/>
6. Reinscripción en la EPS <input type="checkbox"/>		

**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

<b>41. Datos básicos de identificación</b> Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido <input type="text"/> Primer Nombre <input type="text"/> Segundo Nombre <input type="text"/>	<b>Tipo de documento de identidad</b> <input type="text"/>	<b>Número de documento de identidad</b> <input type="text"/>	<b>Sexo</b> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	<b>Fecha de nacimiento</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>42. Fecha</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>43. EPS anterior</b> <input type="text"/>	<b>44. Motivo de traslado</b> <input type="text"/>	<b>45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones</b> <input type="text"/>			

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. <input type="checkbox"/>	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. <input type="checkbox"/>
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>
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. <input type="checkbox"/>	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input type="checkbox"/>
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. <input type="checkbox"/>	
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. <input type="checkbox"/>	

**VIII. FIRMAS**

<b>54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario</b> <input type="text"/>	<b>55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio</b> <input type="text"/>
--	--

**IX. ANEXOS**

56. Anexo copia del documento de identidad: CN <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> Total <input type="text"/>	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/>
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/>	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. <input type="checkbox"/>
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. <input type="checkbox"/>	63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. <input type="checkbox"/>
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. <input type="checkbox"/>	64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/>
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/>	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. <input type="checkbox"/>

**X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

<b>66. Identificación de la entidad Territorial</b> Código del municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>	<b>67. Datos del SISBÉN</b> Número de la ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	<b>68. Fecha de radicación</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>69. Fecha de validación</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>70. Datos del funcionario que realiza la validación</b> Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido <input type="text"/> Primer Nombre <input type="text"/> Segundo Nombre <input type="text"/>	<b>Tipo de documento de identidad</b> <input type="text"/>	<b>Número de documento de identidad</b> <input type="text"/>	<b>71. Firma del funcionario</b> <input type="text"/>
<b>OBSERVACIONES:</b> <input type="text"/>			

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.

**CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO**

	SI	NO
¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Firma del afiliado (cotizante):** \_\_\_\_\_

**No. Identificación:** \_\_\_\_\_

**FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)**

A ruego de (la) señor (a) \_\_\_\_\_ con C.C. No. \_\_\_\_\_ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) \_\_\_\_\_ con C.C. No. \_\_\_\_\_ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) \_\_\_\_\_

Firma a Ruego: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: _____	Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____
Identificación: _____	Identificación: _____
Edad: _____	
Dirección de domicilio: _____	

Huella

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en: [www.compensar.com](http://www.compensar.com) / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico [protecciondedatos@compensar.com](mailto:protecciondedatos@compensar.com), y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

**Firma del afiliado (cotizante):** \_\_\_\_\_

**No. Identificación:** \_\_\_\_\_