

**INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO UNICO DE AFILIACIONES Y
NOVEDADES A LA EPS**

Diligencie el formulario en letra imprenta, legible, clara, sin borrones ni tachones. Datos, firmas y huellas, en tinta negra. Diligencie en cada casilla una letra, número, cruz o caracter, sin salirse de la cuadrícula y sin tocar los contornos. Use siempre mayúsculas. Los datos se deben diligenciar como aparecen en el documento de identidad.

Los campos sombreados son para diligenciamiento del asesor o la EPS.

Por lo tanto en este instructivo se explicara los campos que deben ser diligenciados por usted:

II. Datos Cotizante:

II. Datos Cotizante												
4. Nombres y apellidos completos			Apellido 1			Apellido 2			Nombre 1		Nombre 2	
5. TD	6. No. de identificación					7. Fecha de nacimiento		8. Sexo	9. Estado civil	10. Tipo de discapacidad	11. Nombre IPS	12. Código IPS
13. Dirección de residencia						14. Barrio			15. Zona			
16. Ciudad/Municipio			17. Cód. Ciudad/Municipio		18. Departamento			19. Teléfono		20. Celular		
21. Correo electrónico					22. EPS anterior			23. Código EPS anterior		24. Mes de aporte		

4. Nombres y apellidos completos: diligencie según el orden establecido.

5. TD: diligencie el tipo de documento del cotizante:

1	Cédula de ciudadanía	2	NIT
3	Tarjeta de identidad	4	Cédula de extranjería
5	Pasaporte	6	Camé Diplomático
7	Registro civil	8	NUIP
9	MSI		

6. No. de identificación: diligencie el número de documento de identificación.

7. Fecha de nacimiento: diligencie los datos de la fecha de nacimiento en números.

8. Sexo: diligencie (F) si es femenino; (M) si es masculino.

9. Estado civil: diligencie el estado civil de acuerdo a las siguientes siglas:

SO	Soltero(a)	CA	Casado(a)	UL	Unión libre
SE	Separado(a)	VI	Viudo(a)		

10. Tipo de discapacidad: si presenta alguna discapacidad diligencie la letra correspondiente

F	Física	N	Neuro-Sensorial	M	Mental
---	--------	---	-----------------	---	--------

13. Dirección de residencia: diligencie la dirección de residencia del cotizante sin abreviaturas.

14. Barrio: diligencie el barrio que corresponde a la dirección de residencia del cotizante.
15. Zona: diligencie U si es urbana o R si es rural.
16. Ciudad/Municipio: diligencie el nombre de la ciudad o municipio.
18. Departamento: diligencie el departamento.
19. Teléfono: diligencie el número de teléfono de residencia del cotizante.
20. Celular: diligencie el número de celular del cotizante.
21. Correo electrónico: diligencie el correo electrónico del cotizante.
22. EPS anterior: diligencie el campo con el nombre de la última EPS a la cual estuvo afiliado(a).

III. Información de beneficiarios

III. Información de beneficiarios																	
Beneficiario	25. TD	26. No. de identificación	27. Nombres y apellidos completos				28. Sexo	29. Parentesco	30. Fecha de nacimiento			31. Nivel educativo	32. EPS anterior	33. Cód. EPS anterior	34. UPC	35. Tipo de documento	36. Céd. No. de Benefic.
			Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2			Año	Mes	Día						
B1		Cónyuge o compañero(a)															
B2																	
B3																	
B4																	
Benefic. conyuge	36. Dirección de residencia		37. Barrio	38. Zona	39. Teléfono	40. Ciudad/Municipio	41. Departamento	42. Nombre IPS			43. Cód. IPS	44. Clase de afiliación Beneficiarios					
	Cónyuge o compañero(a)											Nuevo	Reingreso	Reingreso	Traslado		
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	

Nota: siempre diligencie en la primera línea los datos del cónyuge o compañero(a), posteriormente los demás beneficiarios.

25. TD: diligencie el tipo de documento del beneficiario según tabla del numeral 5 de este instructivo.

1	Cédula de ciudadanía	2	NIT
3	Tarjeta de identidad	4	Cédula de extranjería
5	Pasaporte	6	Camé Diplomático
7	Registro civil	8	NUIP
9	MSI		

26. No. De identificación: diligencie el número de documento de identificación completo.

27. Nombres y apellidos completos: diligencie los nombres y apellidos de los beneficiarios a afiliar, según el orden establecido en cada fila B1, B2, etc. Recuerde que debe diligenciar siempre en la primera línea, B1, los datos de su cónyuge o compañero (a) en caso de ser uno de los beneficiarios.

28. Sexo: diligencie (F) si es femenino; (M) si es masculino.

29. Parentesco: diligencie el código del parentesco de acuerdo con la siguiente tabla:

Grupo Familiar			
Cód.	Parentesco	Cód.	Parentesco
CY	Cónyuge	AB	Abuelo
HI	Hijo	TI	Tío
PA	Padre	SO	Sobrino
SU	Suegro	BI	Bisnieto
HN	Hermano	BS	Bisabuelo
NI	Nieto	BV	Beneficiario sin vínculo

30. Fecha de nacimiento: diligencie los datos de la fecha de nacimiento.

31. Nivel educativo: diligencie el máximo nivel educativo alcanzado:

0	Sin nivel educativo	1	Primaria	2	Secundaria
3	Técnico y tecnólogo	4	Superior	5	Especialización

32. EPS anterior: diligencie el campo con el nombre de la última EPS a la cual estuvo afiliado(a) el beneficiario(a).

35. Tipo de discapacidad: si presenta alguna discapacidad diligencie con la letra correspondiente, según tabla del numeral 10 de este instructivo.

F	Física	N	Neuro-Sensorial	M	Mental
---	--------	---	-----------------	---	--------

36. Dirección de residencia: diligencie la dirección de residencia del Beneficiario sin abreviaturas, "sólo si es diferente a la del cotizante".

37. Barrio: diligencie el barrio de residencia que corresponde a la dirección registrada del beneficiario, "sólo si es diferente a la del cotizante".

38. Zona: diligencie U si es urbana o R si es rural, "sólo si es diferente a la del cotizante".

39. Teléfono: diligencie el número de teléfono de residencia del beneficiario "solo si es diferente al del cotizante"

40. Ciudad/Municipio: diligencie el nombre de la ciudad o municipio de residencia del beneficiario "solo si es diferente al del cotizante".

41. Departamento: diligencie el departamento en el que se ubica el municipio "solo si es diferente al del cotizante".

44. Clase de afiliación Beneficiarios: marque con una X la clase de afiliación de cada beneficiario, de acuerdo a la clase de afiliación, **(Nuevo)** Usuario que ingresa por primera vez al SGSSS o se retiró hace más de 6 meses de la EPS; **(Reingreso)** usuario con retiro e ingreso en el mismo mes o durante el mes inmediatamente anterior; **(Reintegro)** usuario retirado entre dos y seis meses; **(Traslado)** usuario trasladado de otra EPS.

IV. Información para beneficiarios UPC adicional

IV. Información para beneficiarios UPC adicional																					
45. UPC adicional																					
Número de benef.	B1	B2	Fecha inicio UPC				Valor mensual de la UPC				Número de benef.	B1	B2	Fecha inicio UPC				Valor mensual de la UPC			
	B3	B4	A	A	A	A	M	M	D	D		A	A	A	A	M	M	D	D		
			A	A	A	A	M	M	D	D				A	A	A	A	M	M	D	D

Si es adición de UPC adicional marque en B. Adición. Diligencie el capítulo II. Datos Cotizante y en el capítulo III. Información de beneficiarios diligencie los datos del beneficiario UPC, y marque con una X en el numeral 34.

45. UPC adicional: marque con una X el número de beneficiario (B2, B3, B4,) donde relacionó los datos del beneficiario que afiliara en calidad de UPC adicional, fecha de inicio de vigencia y valor de la UPC adicional. (campos sombreados para diligenciamiento del asesor o EPS)

V. Información del empleador y/o entidad pensionadora

V. Información del empleador y/o entidad pensionadora													
46. TD	47. No. de identificación				48. DV	49. Nombre o razón social				50. Dependencia		51. Centro de costo	
52. ARP			53. AFP			54. Dirección empresa				55. Ciudad empresa		56. Teléfono empresa	
57. Fecha ingreso a la empresa			58. Tipo salario		59. Cargo		60. Cód. cargo		61. Ingreso base cotización o mesada pensional		62. Número afiliación al ISS (Diligencie sólo para pensionados ISS)		
A	A	A	A	M	M	D	D						

46. TD: marque el tipo de documento del empleador según tabla del numeral 5 de este instructivo.

1	Cédula de ciudadanía	2	NIT
3	Tarjeta de identidad	4	Cédula de extranjería
5	Pasaporte	6	Camé Diplomático
7	Registro civil	8	NUIP
9	MSI		

47. No. de identificación: diligencie el número de identificación completo del empleador o pagador de pensión.

48. DV: diligencie el dígito de verificación.

49. Nombre o razón social: diligencie el nombre de la empresa o el nombre completo de la entidad pensionadora.

50. Dependencia: diligencie la dependencia si la empresa solicitó creación de dependencias.

51. Centro de costo: indique centro de costo asociado a la dependencia.

52. ARP: relacione la Administradora de Riesgos Profesionales a la cual está afiliada la empresa.

53. AFP: relacione la Administradora de Fondos de Pensiones a la cual está afiliado el empleado.

54. Dirección empresa: diligencie la dirección donde labora el empleado.

55. Ciudad empresa: diligencie la ciudad que corresponde a la dirección donde labora el empleado.

56. Teléfono empresa: diligencie el teléfono de la sucursal donde labora el empleado.

57. Fecha Ingreso a la empresa: diligencie la fecha en números.

58. Tipo de salario: marque tipo de salario del cotizante.

1	Integral	2	Fijo	3	Variable
---	----------	---	------	---	----------

59. Cargo: diligencie el cargo que desempeña el empleado

61. Ingreso base de cotización o mesada pensional: diligencie en la casilla la cifra correspondiente al salario base mensual del empleado o la mesada del pensionado.

VI. Información trabajador independiente o contratista

VI. Información exclusiva trabajador independiente o contratista					
63. Vivienda <input type="checkbox"/>	64. Nivel educativo <input type="checkbox"/>	65. Posición ocupacional <input type="checkbox"/>	66. Productor agropecuario <input type="checkbox"/>	67. Actividad económica <input type="checkbox"/>	68. AFP
70. Ingreso base de cotización			71. Cotización		69. ARP
				72. Información exclusiva contratista	Inicio contrato A A A A M M D D

63. Vivienda: diligencie el código correspondiente, según el caso:

1	Propia	2	Arrendada	3	Otra (familiar)
---	--------	---	-----------	---	-----------------

64. Nivel educativo: diligencie el máximo nivel educativo alcanzado, según la tabla del **numeral 31** de este instructivo.

0	Sin nivel educativo	1	Primaria	2	Secundaria
3	Técnico y tecnólogo	4	Superior	5	Especialización

65. Posición ocupacional: patrono (3) cuando se tienen trabajadores; Cuenta propia (4).

66. Productor agropecuario: diligencie S (SI), cuando sus ingresos derivan o provienen en forma directa de la producción agropecuaria, de lo contrario N (NO).

68. AFP: diligencie la Administradora de Fondos de Pensiones a la cual está afiliado, si no se encuentra afiliado, diligencie ninguna.

69. ARP: diligencie la Administradora de Riesgos Profesionales a la cual está afiliado, si no se encuentra afiliado diligencie ninguna.

72. Información exclusiva contratista: indique la fecha de inicio del contrato de prestación de servicios.

VII. Declaraciones juramentadas

VII. Declaraciones juramentadas (diligencie sólo para hijos mayores de 18 años, padres, cónyuge y compañero(a) permanente)		
<input type="checkbox"/> Dependencia económica: Bajo la gravedad de juramento declaro que el (los) beneficiario(s) reportado(s) depende(n) económicamente de mí. Decreto 1703, Art. 3, Item 2.8	<input type="checkbox"/> Convivencia: Bajo la gravedad de juramento, como cotizante declaro que conviví hace _____ meses con el (la) Sr (a) _____ identificado(a) con (tipo documento) número _____ expedida en _____ (Cotizante firma en el numeral 81)	Índice derecho
_____ Firma del compañero(a) permanente		_____ No. Documento
		_____ Huella compañero(a)

En caso de requerir declaración de dependencia económica 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 dependen 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, y en el cual su compañero (a) debe firmar e colocar la huella.

IX. Indicaciones

IX. Indicaciones (Antes de firmar lea con atención y escriba en el cuadro S (si) o N (no), estos campos son de diligenciamiento obligatorio).	
<input type="checkbox"/> * Autorizo a esta EPS el envío de información por correo electrónico y al celular por mensaje de texto.	<input type="checkbox"/> * Declaro que la EPS me entregó la carta de derechos 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.
<input type="checkbox"/> * Declaro en calidad de cotizante que junto con el (los) beneficiario(s) reportado(s) no estamos afiliados a otra EPS.	<input type="checkbox"/> * Declaro que en caso que se incumplan los pagos de UPC Adicional, esta EPS podrá declarar insubistentes los plazos y cuotas que constituyen la mora y así mismo exigir el pago inmediato judicial o extrajudicialmente.
<input type="checkbox"/> * Declaro que he sido informado (a) clara y concisamente a través de los medios informativos de esta EPS en todos los aspectos referentes al diligenciamiento de este formato, proceso de adición de beneficiarios y tarifas de UPC.	<input type="checkbox"/> * Declaro que mi cónyuge o compañero(a) cotiza: TD _____ No. _____
	<input type="checkbox"/> * Declaro que el cabeza de grupo familiar se identifica con: TD _____ No. _____

Lea con atención cada una de las autorizaciones y declaraciones. Marque en el cuadro S (Si) o N (No), **(Estos campos son de diligenciamiento obligatorio no pueden estar en blanco)**

Es importante que como cotizante confirme la veracidad de la información que se reporta en este capítulo.

75. Firma del cotizante y documento de identidad: registre la firma y número de documento de identidad del cotizante. *Recuerde su firma es la evidencia de la veracidad de la información diligenciada.*

76. Firma y sello del empleador: registre la firma de la persona a quien el empleador autoriza como responsable de la información contenida en el formato. En el caso de ser pensionado o independiente no diligencie este espacio.

Recuerde diligenciar la declaración actual del estado de salud POS para usted como cotizante y para cada uno de sus beneficiarios, al final de la declaración debe firmar y colocar su huella, como veracidad de la información suministrada en la declaración por cada uno de las personas a afiliarse.

Para su información, a continuación se explica cómo se diligencia el campo B. Para Novedades:

B. Para novedades

Si usted ha marcado con una X en B. Novedad en I. Tipo de trámite

Adición: marque con una X en este campo en caso de adicionar beneficiarios a su grupo familiar.

Código de novedad: diligencie en el **numeral I. Tipo de trámite** en el campo **B. Novedad** el código de novedad, si la novedad aplica para el cotizante, o en el numeral **III. Información de beneficiarios** en el campo **C. Cód. Novedad Beneficiarios**, si la novedad es para alguno de los beneficiarios, de acuerdo la siguiente tabla:

Cód.	Novedad	Cód.	Novedad
01	Adición de beneficiarios	12	Modificación IBC
08	Corrección de nombres o apellidos	13	Unificación de grupo familiar
09	Cambio o corrección de identificación	15	Cambio de cabeza familia
10	Actualización de dirección	16	Retiro por fallecimiento
11	Actualización de teléfono	18	Retiro beneficiarios

La novedad a realizar es:

01. Adición a beneficiarios: diligencie completamente el numeral **III. Información de beneficiarios** y código de la novedad según tabla de novedades.

08. Corrección de nombres o apellidos: para corrección de nombre(s) o apellido(s) diligencie los datos correctos con el respectivo código de novedad en el numeral **I.** campo **B.** para cotizante, y en el numeral **III.** campo **C.** para beneficiarios. No olvide indicar nombres o apellidos con los que registra actualmente el cotizante y/o beneficiario a corregir en base de datos de la EPS en el **numeral 73 de observaciones**. Anexe copia del documento de identificación correspondiente a la corrección.

09. Cambio o corrección de identificación: para corrección de identificación diligencie la correcta con código de novedad en el numeral **I.** Campo **B.** para cotizante, en el numeral **III.** campo **C.** para beneficiarios. No olvide indicar número de identificación con el que registra actualmente el cotizante y/o beneficiario a corregir en la base de datos de la EPS en el numeral **73 de observaciones**. Anexe copia del documento de identificación.

10. Actualización de dirección: diligencie la dirección a modificar en el numeral **II.** con el respectivo código de novedad en el numeral **I.** campo **B.** para cotizante, y en el numeral **III.** campo **C.** para beneficiarios.

11. Actualización de teléfono: diligencie el teléfono a modificar en el numeral **II.** con el respectivo código de novedad en el numeral **I.** campo **B.** para cotizante, y en el numeral **III.** campo **C.** para beneficiarios.

12. Modificación de IBC: en el numeral **VI.** campo **70.** escriba el nuevo ingreso base de cotización (IBC). Con el código de la novedad en el numeral **I.** datos del cotizante campo **B.**

13. Unificación de grupo familiar: en el numeral **III.** en el campo B1 cónyuge o compañero(a), diligencie los datos completos del compañero(a) y/o cónyuge con el código de la novedad en el campo **C.** Anexe copia del registro civil del matrimonio y/o declaración extrajuicio de convivencia.

15. Cambio de cabeza de familia: en el numeral **III.** en el campo B1 cónyuge o compañero(a), diligencie los datos completos del nuevo cabeza de familia con el código de novedad en el campo **C.**

16. Retiro por fallecimiento: si el fallecimiento es del cotizante diligencie el numeral **I.** campo **B.** Si el fallecimiento es de un beneficiario diligenciar los datos del numeral **III.** Campo **C.,** indique fecha de fallecimiento en el numeral **73 observaciones.** Anexe registro de defunción.

18. Retiro de beneficiarios: diligencie en el numeral **III.** los datos del beneficiario a retirar con el código de la novedad en el campo **C.** Escriba el motivo del retiro en el numeral **73. Observaciones.** Anexe documento soporte.

Para cualquier inquietud sobre el diligenciamiento del formulario, documentos reglamentarios vigentes para la afiliación de cotizante y/o beneficiario y carta de derechos de los afiliados y de los pacientes ingrese a la página web o comuníquese a la Central Telefónica.