

# FORMULARIO ÚNICO DE NOVEDADES DE AFILIADOS

**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES ANTES DE DILIGENCIAR ÉSTE FORMULARIO No.**

CÓDIGO 023

Regional Radicación	Seccional Radicación	Fecha de Radicación	No. de Radicación	Fecha de Diligenciamiento
		D D M M A A A A		D D M M A A A A

## PARTE I. TIPO DE NOVEDAD A REPORTAR (Elija la novedad que esta presentando y seleccione con una equis, (X))

<b>NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS</b> 1 Documento de Identificación <input type="checkbox"/> 7 Correo Electrónico <input type="checkbox"/> 2 Nombres y Apellidos <input type="checkbox"/> 8 Cambio de IPS <input type="checkbox"/> 3 Sexo <input type="checkbox"/> 9 Estado Civil <input type="checkbox"/> 4 Fecha de Nacimiento <input type="checkbox"/> 10 Dirección, Teléfono, Fax, Municipio y Dpto. Laboral <input type="checkbox"/> 5 Dirección, Teléfono, Municipio y Dpto. de Residencia <input type="checkbox"/> 11 Teléfono Celular <input type="checkbox"/> 6 Parentesco <input type="checkbox"/> 12 Cambio de Sueldo <input type="checkbox"/> 13 Cambio de Cargo <input type="checkbox"/> 18 Activación de Afiliación por Ingreso al País <input type="checkbox"/>	<b>INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS</b> 14 Grupo Familiar Beneficiarios Directos <input type="checkbox"/> 15 Grupo Familiar Beneficiarios UPC Adicional <input type="checkbox"/> 16 Grupo Familiar Beneficiarios Recién Nacido <input type="checkbox"/> <b>INGRESO / SALIDA DEL PAÍS</b> 17 Interrupción de Afiliación por Salida del País <input type="checkbox"/> 18 Activación de Afiliación por Ingreso al País <input type="checkbox"/>	<b>RETIRO AFILIADOS COTIZANTE</b> 19 Fallecimiento <input type="checkbox"/> 20 Pérdida de Capacidad de Pago <input type="checkbox"/> 21 Retiro de la Empresa <input type="checkbox"/> 22 Traslado a Régimen de Excepción <input type="checkbox"/> 23 Traslado a Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 24 Traslado a Otra EPS <input type="checkbox"/>	<b>EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS</b> 25 Fallecimiento <input type="checkbox"/> 26 Separación o Divorcio <input type="checkbox"/> 27 Traslado a Régimen de Excepción <input type="checkbox"/> 28 Traslado a Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 29 Otras Exclusiones <input type="checkbox"/>	<b>NOVEDADES DE TRASLADO</b> 30 Beneficiarios Entre Cotizantes <input type="checkbox"/> 39 Pensionado a Dependiente <input type="checkbox"/> 31 Cotizante a Beneficiario <input type="checkbox"/> 40 Pensionado a Independiente <input type="checkbox"/> 32 Beneficiario a Cotizante <input type="checkbox"/> 41 Independiente RIB <input type="checkbox"/> 33 Beneficiario a UPC Adicional <input type="checkbox"/> 42 Cambio de Fecha Afiliación SGSSS <input type="checkbox"/> 34 Beneficiario UPC Adicional a Beneficiario <input type="checkbox"/> 43 Cambio de Semanas Cotizadas <input type="checkbox"/> 35 Dependiente a Pensionado <input type="checkbox"/> 36 Dependiente a Independiente <input type="checkbox"/> 37 Independiente a Dependiente <input type="checkbox"/> 38 Independiente a Pensionado <input type="checkbox"/>	<b>NOVEDADES COTIZANTE</b> 44 Cambio de Empleador <input type="checkbox"/> 45 Empleador Adicional <input type="checkbox"/> 46 Reingreso a la EPS <input type="checkbox"/> 47 Unificar Cónyuges Cotizantes <input type="checkbox"/> <b>NOVEDADES BENEFICIARIO</b> 48 Discapacidad <input type="checkbox"/> 49 Incapacidad <input type="checkbox"/> 50 Estudios <input type="checkbox"/>
---	--	---	--	--	--

## PARTE II. INFORMACIÓN DE COTIZANTE Y BENEFICIARIOS (ESTA INFORMACIÓN DEBE SER DILIGENCIADA EN SU TOTALIDAD Y CORRESPONDE A LOS DATOS REQUERIDOS POR LA EPS DEL COTIZANTE Y SUS BENEFICIARIOS)

1	Nacionalidad	Tipo Identificación	Número Identificación	Municipio Expedición	Fecha Expedición	Fecha Afiliación SGSSS	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento
COTIZANTE												
BENEF. 1												
BENEF. 2												
BENEF. 3												
BENEF. 4												

2	Origen de la Afiliación	Parentesco	Discapacidad	Tipo de Discapacidad	Grado de Discapacidad	Incapacidad Permanente	Tipo de Incapacidad	Grado de Incapacidad	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ANTERIOR / ENTIDAD DE PREVISIÓN ANTERIOR	Fecha de Retiro EPS Anterior	Excepción de Movilidad	Justificación	INFORMACIÓN EXCLUSIVA DEL COTIZANTE Y SI LA NOVEDAD QUE REPORTA ES LA # 47, FAVOR DILIGENCIAR:
COTIZANTE									Nombre de la Entidad o EPS				Estado Civil del Cotizante <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo
BENEF. 1													Identificación Cónyuge
BENEF. 2													Tipo de Identificación Cónyuge <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.D.
BENEF. 3													Cotiza al SGSSS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
BENEF. 4													Número de Afiliación Cónyuge

## DATOS DE UBICACIÓN

## ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS / DOCUMENTOS SOPORTES A LA OPERACIÓN

3	Dirección Residencia	Número Telefónico Residencia	Ciudad Residencia	Departamento Residencia	Zona Residencia	Celular Personal	Correo Electrónico Personal	IPS Atención Médica	Documentos de Identidad	Registro Civil / Padrón	Registro Civil de Matrimonio	Certificado de Escolaridad	Certificado de Defunción	Certificado de Incapacidad	Certificado Médico de la EPS	Adopción (C.F.B.)	Certificado Superveniente de Nulidad	Certificado de Estado Documental Registrado	Acta de Divorcio	Declaración con Vocación de Permanencia	Declaración Juramentada de Convivencia	Declaración Juramentada de Dependencia Económica	Declaración Juramentada para Ingresos	Declaración Juramentada por Pago Ilegal	Declaración de Custodio de Salud	
COTIZANTE																										
BENEF. 1																										
BENEF. 2																										
BENEF. 3																										
BENEF. 4																										

SI LAS NOVEDADES QUE ESTAN REPORTANDO SON LAS # 17 Y 18. POR FAVOR DILIGENCIA LOS SIGUIENTES DATOS:	SI LA NOVEDAD ES 19 Y 25 FAVOR DILIGENCIA LOS SIGUIENTES DATOS:	SI LA NOVEDAD ES 30 Y 31 DILIGENCIA LA INFORMACIÓN DEL NUEVO COTIZANTE A CARGO	SI LA NOVEDAD ES 30 Y 31 DILIGENCIA LA INFORMACIÓN DEL NUEVO COTIZANTE A CARGO
Fecha de Salida del País	Fecha de Fallecimiento	Fecha de Ingreso al País	Persona que Reporta la Novedad
D D M M A A A A	D D M M A A A A	D D M M A A A A	D D M M A A A A
Soportes: Tiquete <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/>	Nombres y Apellidos: _____ Número de Identificación: _____

## OBSERVACIONES

<b>DECLARACIÓN JURAMENTADA:</b> Bajo la gravedad de juramento declaro que la información del cotizante y beneficiarios, diligenciada es real, incluidos los datos relacionados con su EPS anterior y en constancia firmo a continuación "Decreto 806 art. 48 y manifiesto mi voluntad de afiliación a la EPS.	<b>DECLARACIÓN JURAMENTADA:</b> Bajo la gravedad de juramento declaro que los beneficiarios reportados dependen económicamente de mí y en constancia firmo a continuación: "Decreto 1703, art. 3, ítem 2"	<b>DECLARACIÓN JURAMENTADA:</b> Bajo la gravedad de juramento declaro que llevo conviviendo mas de dos (2) años con: "Decreto 1703, art. 3, ítem 2" <b>Nombre</b> _____ <b>Identificado con:</b> _____	<b>DECLARACIÓN JURAMENTADA:</b> Bajo la gravedad de juramento declaro que la información del formulario del cuestionario de salud contiene estado de salud actual y pasado, los antecedentes familiares y personales clínicos, epidemiológicos y toxicológicos y en constancia firmo a continuación: "Resolución 5261 Art. 15" <b>Firma del Cotizante</b> _____ <b>Tipo y No.</b> _____
---	---	--	---

SEÑOR COTIZANTE: Favor leer y verificar la información contenida en el presente Formulario antes de firmarlo. Debe anexar los documentos soporte para afiliación como cotizante con su grupo familiar. En caso contrario la afiliación será rechazada transcurridas las 72 horas.

## PARTE III. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR - TRABAJADORES DEPENDIENTES Y PENSIONADOS

Tipo de Identificación Empleador <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.D.	Número de Identificación	DV	Nombre o Razón Social ó Entidad Pensional	Sector de la Empresa Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Oficial <input type="checkbox"/>	
Dirección Sede Principal	Municipio	Departamento	Ubicación Laboral <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	Teléfono	Fax
Correo Electrónico Empresa	Página Web Empresa	Actividad Económica	Administradora Riesgos Profesionales		
No. Empleados	Contacto Nómina - Nombre del Jefe de Nómina o R.H.	Correo Electrónico del Jefe de Nómina o R.H.	No. Resolución de Pensión	Fecha Resolución	

## INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO COTIZANTE (Si la novedad reportada es 10,12,13, 32, 35, 37, 38, 39, 44, 45 y 46, favor diligenciar)

Fecha de Ingreso a la Empresa	Ocupación o Cargo	Salario <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Ingreso <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Variable	Ingreso Base IBC	Administradora de Fondo de Pensiones
D D M M A A A A			\$	
Dirección Laboral	Teléfono Laboral	Fax Laboral	Celular Laboral	
Correo Electrónico Laboral	Municipio Laboral	Departamento Laboral	Zona Laboral Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	

DECLARACIÓN JURAMENTADA: Bajo la gravedad de juramento declaro que la información correspondiente a ARP, AFP y laboral es correcta y en constancia firmo a continuación "Decreto 1406, Artículo 4"

## NOMBRES Y APELLIDOS REPRESENTANTE LEGAL O PERSONAL AUTORIZADO NÓMINA

## FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

## PARTE IV. SEI - INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMLMV

Actividad Económica	Principal Municipio Dónde Desarrolla su Actividad	Productor <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Agropecuario <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nivel de Escolaridad <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Secundaria (Bachillerato) <input type="checkbox"/> Superior (Tecnólogo o Profesional) <input type="checkbox"/> Último Grado Aprobado <input type="checkbox"/>	Último Grado Aprobado	
Posee Vivienda Propia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tamaño de Empresa <input type="checkbox"/> 1 Empleado <input type="checkbox"/> 2 a 9 Empleados <input type="checkbox"/> 10 o más Empleados <input type="checkbox"/>	Ingresos Base de Cotización \$	Posición Ocupacional <input type="checkbox"/> Patrón / Empleador <input type="checkbox"/> Trabajador por Cuenta Propia <input type="checkbox"/>	Experiencia Laboral <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Meses	
Sistema de Clasificación de Ingresos <input type="checkbox"/> Ingreso real <input type="checkbox"/> Certificación Contador Público <input type="checkbox"/> SEI	<input type="checkbox"/> Certificación Prestación de Servicios	Administradora Riesgos Profesionales	Administradora de Fondo de Pensiones		
Cotización se Paga a Través de Agrupadora? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre o Razón Social de la Agrupadora	Número de Identificación Agrupadora	DV	Dirección Agrupadora	
Teléfono Agrupadora	Fax Agrupadora	Correo Electrónico Agrupadora	Ciudad Agrupadora	Departamento Agrupadora	Zona <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>

## PARTE V. RIB - INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LOS COTIZANTES INDEPENDIENTES SIN INGRESOS PAGO POR TERCERO Y COTIZANTES PAGO SOLO SALUD

Grupo Poblacional <input type="checkbox"/> Indígenas <input type="checkbox"/> Población Infantil a Cargo del ICBF <input type="checkbox"/> Población en Centros Psiquiátricos <input type="checkbox"/> Población en Centros Carcelarios <input type="checkbox"/> Grupo Poblacional no Determinado <input type="checkbox"/>	Artistas, Autores, Compositores <input type="checkbox"/> Desplazado <input type="checkbox"/> Migratorios <input type="checkbox"/> Población Rural no Migratoria <input type="checkbox"/> Población Rural Migratoria <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>	Desmovilizado <input type="checkbox"/> Población en Centros Psiquiátricos <input type="checkbox"/> Población en Centros Carcelarios <input type="checkbox"/> Grupo Poblacional no Determinado <input type="checkbox"/>	Ingresos Mensual \$	Tipo de Vivienda <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Usufructo u Ocupación <input type="checkbox"/>	Nivel de Escolaridad <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Secundaria (Bachillerato) <input type="checkbox"/> Superior (Tecnólogo o Profesional) <input type="checkbox"/> Especializada <input type="checkbox"/>	Posición Ocupacional <input type="checkbox"/> Patrón / Empleador <input type="checkbox"/> Trabajador por Cuenta Propia <input type="checkbox"/>
Número de Notaría Dónde Declaró	Fecha de Declaración	Municipio de Declaración	Actividad Económica			

## SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE SIN INGRESOS PAGO POR TERCERO (CÓDIGO DE PAGO 41)

Tipo de Identificación del Tercero <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> C.D.	Identificación del Tercero que Realiza el Aporte	DV	Nombre del Tercero
DECLARACIÓN JURAMENTADA: Bajo la gravedad de juramento declaro que soy el tercero que realiza los aportes del cotizante sin ingresos pago por tercero, registrado en este formulario y en constancia firmo a continuación "Resolución 1155, Artículo 2"			
REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL		FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL	

## PARTE VI. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Fuerza de Ventas / Consultor Integral Nombre y Apellidos _____ Identificado con: _____	Director Seccional / Coordinador Comercial Nombre y Apellidos _____ Identificado con: _____			
<b>Procesado Comercial - Línea de Frente - Operaciones</b> Usuario Sw _____ Tipo y Número de Documento _____ Fecha Procesado _____	<b>Radicado - Línea de Frente - Operaciones</b> Usuario Sw _____ Tipo y Número de Documento _____ Fecha Radicación _____	<b>Digitalizado - Operaciones</b> Usuario Sw _____ Tipo y Número de Documento _____ Fecha Digitalización _____	<b>Aprobado - Mesa de Control</b> Usuario Sw _____ Tipo y Número de Documento _____ Fecha Aprobación _____	<b>Auditado Operaciones</b> Usuario Sw _____ Tipo y Número de Documento _____ Fecha Auditoría _____

— TRÁFICO —

Huella Dactilar