

INSTRUCTIVO PARA EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN

El siguiente es un manual para el correcto diligenciamiento del Formulario Unico de Afiliación y Registro de Novedades al SGSSS. El formulario se encuentra dividido en once secciones en la cuales se deberá diligenciar la información del cotizante, su grupo familiar y datos del aportante.

➤ CAPITULO I. DATOS DEL TRÁMITE

Estos datos se refieren a la descripción de la operación, trámite o transacción que se realiza mediante la suscripción del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, por tanto, son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, empleador, entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o se reporte alguna novedad.

A. TIPO DE TRÁMITE

De acuerdo del trámite a realizar por el usuario se debe marcar alguna de las opciones, si el usuario ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional debe marcar la opción *Afiliación*, pero si el usuario va a reportar alguna modificación en sus datos básicos, residencia, conformación del grupo familiar (inclusión – exclusión) o en la información de vínculos laborales debe marcar la opción *Reporte de Novedades*.

Encuentra las instrucciones de diligenciamiento en www.cafesalud.com.co

I. DATOS DEL TRÁMITE		D D M M A A A A	
1. Tipo de Trámite		3. Régimen	
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	
5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS)	

1. TIPO DE AFILIACIÓN

En este campo debe ir marcada la opción *Individual* la cual hace referencia cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, entidades o instituciones.

I. DATOS DEL TRÁMITE		D D M M A A A A	
1. Tipo de Trámite		3. Régimen	
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	
5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS)	

Para obtener mas información del tipo de afiliado remitase a Capítulo 1 Resolución 0974 de 2016

2. RÉGIMEN

Este campo debe ser diligenciado conforme a la información que registra en Fosyga o en la base de datos habilitadas por el estado para realizar esta consulta. Tenga en cuenta que si el usuario hace uso de la movilidad su régimen no se modificará.

I. DATOS DEL TRÁMITE		D D M M A A A A	
1. Tipo de Trámite		3. Régimen	
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	
5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS)	

- A. **Contributivo:** Aplica para los usuarios que se encuentra en el régimen Contributivo y van a realizar algún tipo de novedad en el mismo y para usuario usuarios que cuenten con el nivel Sisben autorizado para realizar la Movilidad entre Régimenes.

- B. **Subsidiado:** Aplica para los usuarios que se encuentra en el régimen Subsidiado y van a realizar algún tipo de novedad en el mismo.

3. TIPO DE AFILIADO

Corresponde a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad

I. DATOS DEL TRÁMITE				D	D	M	M	A	A	A	A	
1. Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación		A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>		- Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>		3. Régimen				
A. Afiliación <input type="checkbox"/>		B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		B. Colectiva <input type="checkbox"/>		C. Institucional <input type="checkbox"/>		D. De oficio <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input type="checkbox"/>		B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado		Cotizante		A. Dependiente <input type="checkbox"/>		B. Independiente <input type="checkbox"/>		C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS)		
A. Cotizante <input type="checkbox"/>		B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/>		C. Beneficiario <input type="checkbox"/>								

- A. **Cotizante:** Aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS en el Régimen Contributivo.
- B. **Cabeza de Familia:** Aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.
- C. **Beneficiario:** Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de una cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.

4. TIPO DE COTIZANTE

Se marcara la opcion dependiendo del tipo de relación laboral con la cual el usuario vaya a realizar vinculación a la EPS. (*Dependiente – Independiente - Pensionado*).

I. DATOS DEL TRÁMITE				D	D	M	M	A	A	A	A	
1. Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación		A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>		- Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>		3. Régimen				
A. Afiliación <input type="checkbox"/>		B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		B. Colectiva <input type="checkbox"/>		C. Institucional <input type="checkbox"/>		D. De oficio <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input type="checkbox"/>		B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado		Cotizante		A. Dependiente <input type="checkbox"/>		B. Independiente <input type="checkbox"/>		C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS)		
A. Cotizante <input type="checkbox"/>		B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/>		C. Beneficiario <input type="checkbox"/>								

- A. **Dependiente:** Si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con éste el pago de los aportes a salud y pensión.
- B. **Independiente:** Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de sus aportes sino que los asume en la totalidad.
- C. **Pensionado:** Si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo.

▪ **CÓDIGO**

Este espacio corresponde al código de cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.

I. DATOS DEL TRÁMITE			D	D	M	M	A	A	A	A
1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	3. Régimen							
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/>	D. De oficio <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>							
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante		Código (a registrar por la EPS)							
A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>									

Se adjunta archivo excel con los tipos de cotizante actualizados de acuerdo a la Resolución 2858 de 2017.

A. AFILIACIÓN

➤ **CAPITULO II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del Cotizante o Cabeza de Familia)**

En estos campos se debe diligenciar los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia y debe estar de forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)				A. AFILIACIÓN							
5. Apellidos y nombres											
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre					
7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo		10. Fecha de nacimiento							
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		D	D	M	M	A	A	A	A

Tener en cuenta los tipos de documento de identidad de acuerdo a la siguiente tabla:

CÓDIGO	DESCRIPCION DEL TIPO DEL DOCUMENTO
CN	Certificado de Nacido Vivo
RC	Registro Civil de Nacimiento
TI	Tarjeta de Identidad
CC	Cedula de Ciudadania
CE	Cedula de Extranjeria
PA	Pasaporte
CD	Carné Diplomático
SC	Salvoconducto de Permanencia

Si este no cotiza debe registrarse en los espacios de “Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar” en el capítulo IV en la fila del primer beneficiario (B1) y así para cada uno de los beneficiarios del grupo familiar a afiliar.

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales						
24. Apellidos y nombres						
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre		
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						
25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
			Femenino	Masculino		
B1					D D M M A A A A	
B2					D D M M A A A A	
B3					D D M M A A A A	
B4					D D M M A A A A	
B5					D D M M A A A A	
Datos complementarios						
29. Parentesco	30. Etnia		31. Discapacidad			
			Tipo		Condición	
			F	N	M	
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						
32. Datos de residencia		Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Municipio/Distrito		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						
Selección de la IPS Primaria						
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS					Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C						
B						
B						
B						

En los campos 24, 25, 26, 27 y 28 se debe diligenciar la información de los beneficiarios que pertenezcan al grupo familiar del cotizante o que desee realiza la inclusión; la información registrada allí debe estar de forma idéntica a como aparece en el documento de identidad.

Cabe aclarar que el campo 29 *Parentesco* se debe diligenciar de acuerdo a la siguiente tabla:

CÓDIGO	PARENTESCO
CY	Cónyuge
CP	Compañera (o) permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.
HI	Hijos menores de veinticinco (25) años de edad.
HD	Los hijos de cualquier edad.
HC	Los hijos del cónyuge o compañera (o) permanente del afiliado, incluyendo parejas del mismo sexo.
HB	Los hijos de los beneficiarios.
MD	Los menores de veinticinco (25) años o de cualquier edad, con incapacidad permanente.
PD	Padres del Cotizante.
MC	Menor de dieciocho (18) años en custodia.
AA	Persona de cualquier edad como afiliada adicional.

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

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO				
35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

Estos datos aplican a:

- El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y pre cooperativas de trabajo asociado, Cajas de Compensación Familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las Instituciones o entidades responsables de hacer la afiliación y reportar las novedades de las personas que se encuentran bajo su protección, o los empleadores, entidades e instituciones que tienen la competencia para realizar la afiliación o el reporte de novedades.

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia, los beneficiarios unicamente pueden reportar las novedades que expresamente se autorizan en el instructivo de la Resolución 0974 de 2016.

Para tener en cuenta:

- ✓ La novedad 6 se debe marcar cuando el usuario se encuentra en estado Suspendido – Sin Capacidad de Pago y va a realizar un reingreso.
- ✓ La novedad 9 se debe marcar cuando el usuario se encuentra en Habilitar en estado Vigente y el formulario esta diligenciado con el mismo aportantes, lo cual se maneja como un Reingreso Misma Empresa.
- ✓ La novedad 13. **Movilidad B. Régimen Subsidiado** únicamente se debe marcar cuando el usuario se encuentra en el régimen contributivo, pierde capacidad de pago y cuenta con el puntaje Sisben en los niveles I y II.
- ✓ La novedad 13. **Movilidad B. Régimen Contributivo** únicamente se debe marcar cuando el usuario se encuentra en el régimen Subsidiado y adquiere capacidad de pago.
- ✓ En las novedades 5, 8 y 15 se debe diligenciar la fecha de retiro en el campo 42.

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD																			
41. Datos básicos de identificación																			
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre													
Tipo documento de identidad	<input type="text"/>	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento		42. Fecha													
			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	D	D	M	M	A	A	A	A	D	D	M	M	A	A	A	A
43. EPS anterior			44. Motivo de traslado		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones														
			Código <input type="text"/>																

En el campo 41 se debe relacionar los usuarios a los cuales se les va a aplicar alguna novedad en el sistema. Registre en el numeral 42 la fecha únicamente para las novedades 9, 10, 11, 12 y 15.

➤ **CAPITULO VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
<input type="checkbox"/>	46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
<input type="checkbox"/>	47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
<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"/>	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"/>	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o 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"/>	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"/>	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

Es importante que el usuario lea cada una de las Declaraciones y Autorizaciones y marque con una **X** con las cuales está de acuerdo.

➤ **CAPITULO VIII. FIRMAS**

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
--	---

El formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio. También será suscrito por el beneficiario solo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia.

➤ **CAPITULO IX. ANEXOS**

IX. ANEXOS

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

Se debe marcar con una X la casilla correspondiente al/los documento(s) que se anexe(n), según lo requiera el trámite que realiza.

➤ **DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación			69. Fecha de validación												
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D	D	M	M	A	A	A	A	D	D	M	M	A	A	A	A
70. Datos del funcionario que realiza la validación											71. Firma del funcionario									
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre											
Tipo documento de identidad		Número del documento de identidad																		
OBSERVACIONES:																				

En el campo 70 se debe diligenciar la información del Asesor Comercial o el Consultor de Línea de Atención al Usuario.

Para mayor información remitirse a la Resolución 0974 de 2016, la cual reglamenta el Formulario Único de Afiliación y Novedades al SGSSS y soporta la definición campo a campo.

El formulario para el diligenciamiento y el instructivo están contenidos en la siguiente dirección:

<http://www.medimas.com.co/afiliados/afiliaciones>

**Cualquier inquietud con gusto será
atendida**

Gerencia de Operaciones