

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

No. de Radicación	Fecha de Radicación						
	D	D	M	M	A	A	A

1.Tipo de Trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐		2. Tipo de Afiliación A. Individual : Cotizante o Cabeza de Familia ☐ Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐		3. Régimen A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐		4. Contribución solidaria Si ☐ No ☐	
5. Tipo de afiliado A. Cotizante ☐ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐				6. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		7. Código (a registrar por la EPS)	

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y Nombres								
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre		
9. Tipo de documento de identidad		10. N° del documento de identidad		11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐		12. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		
13. Nacionalidad		14. Lugar de nacimiento					15. Fecha de nacimiento	
		País		Departamento		Municipio		D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad Si ☐ No ☐ Categoría de discapacidad			
19. Tiene encuesta SISBÉN Si ☐ No ☐		20. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo		21. Grupo de población especial			
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC		25.Tarifa Contribución Solidaria	
26. Residencia							
Dirección		Teléfono Fijo		Teléfono Celular		Correo Electrónico	
Departamento		Municipio/ Distrito		Localidad / Comuna		Zona Cabecera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres								
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre		
28. Tipo de documento de identidad		29. N°del documento de identidad		30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐		31. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		
32. Nacionalidad		33. Lugar de nacimiento					34. Fecha de nacimiento	
		País		Departamento		Municipio		D D M M A A A A

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

35. Apellidos y nombres															
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre						
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															
36. Tipo de documento de identidad		37. Número del documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico		40. Sexo identificación			41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento	
						Femenino Masculino		F M T NB OTRO CUAL			País Departamento Municipio		D D M M A A A A		
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos Complementarios

43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial		47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente		
								SI NO		Nivel Grupo		Nivel Grupo Categoría de discapacidad			SI NO		
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	
51. Datos de residencia												52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)					
	Departamento	Municipio /Distrito	Zona				Teléfono fijo y/o celular										
			Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural											
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	
	Dirección						Localidad/Comuna						Correo Electrónico				
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS			54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)		
C					
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

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

55. Nombre o razón social		56. Tipo de documento de identificación		57. Número del documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación							
Dirección		Teléfono fijo o Celular		Correo Electrónico		Departamento	
						Municipio/Distrito	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad	
1. Modificación de datos básicos de identificación. 2. Corrección de datos básicos de identificación. 3. Actualización del documento de identificación. 4. Actualización y corrección de datos complementarios. 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código 6. Reporte de pago a través de un tercero Código 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. 11. Inscripción EPS retorno al país.	12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado 15. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia. 17. Reporte del trámite de protección al cesante. 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. 19. Reporte de la calidad de Pensionado. 20. Ingreso a Contribución Solidaria. 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación												
Primer apellido			Segundo apellido				Primer nombre			Segundo nombre		
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		62. Sexo biológico Femenino Masculino		63. Sexo identificación F M T NB Otro Cual				64.Fecha de nacimiento D D M M A A A A		
65. EPS Anterior				66. Fecha de novedad D D M M A A A A		67. Motivo de Traslado Código			68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. 73. 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. 74. 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. 75. 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. 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.
--

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria							
Apellidos y nombres							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad					

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional		81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio	
--	--	---	--

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:	
Cantidad:	CN TI PA CD Total
	RC CC CE SC
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	
85. 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.	
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	
88. 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.	
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.	
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
91. 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.	

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del Municipio	Código del departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres											
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre								
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del Funcionario	96. Fecha de Radicación	D	D	M	M	A	A	A	A
			97. Fecha de Validacion	D	D	M	M	A	A	A	A

OBSERVACIONES:

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

AVISO DE PRIVACIDAD

PROTEGER EPS, en desarrollo de la autorización prevista en el numeral 75 del formulario de afiliación , le informa que los datos personales suministrados a través del presente formato, mensaje y/o a través de cualquiera otra forma prevista en la ley para la afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud que administra esta entidad, serán tratados de manera confiable y segura con la finalidad principal de garantizar la prestación del servicio de salud de nuestros afiliados, usuarios y pacientes dentro del marco normativo dispuesto en Colombia para tal efecto, lo que incluye la solicitud de datos sensibles por mandato de la Resolución 1823 de 2024. En ejecución de esta finalidad principal PROTEGER EPS podría realizar los siguientes tratamientos sobre sus datos y con las finalidades que se exponen a continuación: A. Cruzar sus datos personales con otros recolectados en bases de datos que administran otras EPS, así como la SuperSalud y el Ministerio de salud, para obtener información de la afiliación única a la Seguridad Social y reportar estadísticas a las autoridades de control. B. Recibir sus peticiones, quejas y reclamos y gestionar todo lo que corresponda con ellas. Para ello el titular del dato autoriza ser contactado por cualquiera de los canales o datos de contacto suministrados a través de este formulario, así como a través de los canales a través de los que usted acceda a nuestros servicios. En este sentido le recordamos su obligación como afiliado a esta EPS de mantener actualizada su información personal conforme lo estipula la Resolución 229 de 2020. C. Remitir su información personal a las autoridades de control cuando así lo requieran en el marco de sus funciones legales y obtener estadísticas sobre enfermedades y patologías que ayuden a la mejor gestión del servicio de salud en Colombia para lo cual se podrán aplicar herramientas de análisis sobre dicha información. D. Desplegar acciones y programas de actualización de sus datos personales contactándole por distintos medios, incluyendo redes sociales o datos de su ubicación laboral, con el fin de cumplir con el principio de calidad sobre los datos. E. Realizar procesos de análisis a través de herramientas que permitan obtener información sobre los requerimientos de salud de nuestros usuarios y mejorar los procesos que permitan garantizar el servicio de salud a partir de la toma de decisiones basada en información real, actualizada y certera. F. Gestionar las autorizaciones solicitadas, asignar las citas, efectuar procesos de referencia y contra referencia con los usuarios y pacientes que se remiten de otras EPS y dispensar los medicamentos que sean prescritos en el proceso de atención del dentro de los marcos legales vigentes. G. Realizar auditorías y revisiones periódicas sobre la constatación de la prestación de los servicios de salud. En estos casos usted podrá ser contactado por el personal correspondiente para hacer estas revisiones periódicas y/o auditorías y desde ya autoriza a PROTEGER EPS para acceder a su historia clínica. H. Desplegar las acciones pertinentes en el marco de la Medicina Laboral cuando se presenten accidentes de trabajo; determinar los pacientes que presenten enfermedades de alto costo con el fin de gestionar los riesgos frente a una atención integral de salud. I. Promover y mantener la salud pública a través de la gestión de vigilancia epidemiológica de conformidad con las instrucciones de las autoridades de control. J. Tratar datos de víctimas del conflicto armado provenientes de las bases de datos remitidas por el Ministerio de Salud con el fin de que esta EPS realice la intervención correspondiente de acuerdo con las patologías reportadas. K. Efectuar caracterización de los pacientes y de sus patologías para identificación de riesgos que puedan impedir la prestación del servicio de salud. L. Adoptar y las medidas de seguridad de carácter informático, lógico, físico y administrativo que sean necesarias para la debida confidencialidad, reserva y seguridad de la información personal que se encuentra bajo nuestra custodia. M. Establecer procesos de comunicación con usted y su grupo de beneficiarios a través de redes sociales, datos de contacto por usted suministrados y demás medios de comunicación a los que acuda esta EPS con el fin de atender sus requerimientos y necesidades, así como para promover programas de prevención en salud. N. Las demás acciones que se requieran desplegar por esta entidad con el fin primordial de garantizar la prestación del servicio de salud, como lo es la contratación de la red de prestadores de servicios de salud, la entrega de sus datos a terceros proveedores encargados de tratamientos puntuales al momento de la prestación del servicio de salud, proveedores que pueden tener sus sistemas de información ubicados dentro de Colombia o bien por fuera de ella, y que obrarán en todo caso bajo la vigilancia de esta EPS. Con el fin de que usted pueda conocer, actualizar, rectificar, modificar su información, o bien oponerse a un tratamiento específico de los antes enunciados y solicitar la exclusión de sus datos y/o revocar su consentimiento, siempre qué no exista mandato legal o contractual que le obligue a soportar los tratamientos mencionados, se ha dispuesto de los siguientes canales: correo electrónico habeasdata@protegereps.com, Lo invitamos a consultar nuestra Política de Privacidad en www.protegereps.com.