

	PROCESO	Gestión de la Afiliación GRUGA
	Formato	Formulario de Afiliación y Registro de Novedades Subsistema de Salud Fuerzas Militares DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROGAFI-DIGSA-FU.95.1-12
	Vigente	Marzo de 2024

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES SUBSISTEMA DE SALUD FUERZAS MILITARES DIGSA - FORMULARIO GRATUITO

ANTES DE DILIGENCIAR EL PRESENTE FORMATO, LEA CUIDADOSAMENTE LAS PREGUNTAS

Cotiza con otros empleadores o es Independiente		Su esposo(a) o compañero(a) es Cotizante del SGSSS		Fecha de Diligenciamiento			Fecha de Radicación		
				AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD
SI	☐	NO	☐	SI	☐	NO	☐		

1. INFORMACIÓN DATOS PERSONALES AFILIADO COTIZANTE O CABEZA DE GRUPO FAMILIAR

Primer Apellido				Segundo Apellido				Nombres Completos				
No. Identificación				Tipo Documento				Fecha Nacimiento (AAAA-MM-DD)				
Fecha Expedición Documento (AAAA-MM-DD)								Lugar de Expedición				
Rh		Sexo	M ☐ F ☐	Estatura				Edad			Estado Civil	
Dirección de Residencia								Barrio		Localidad		
Ciudad / Municipio				Departamento				Teléfono Residencia				
Teléfono Celular				Zona de Residencia				R ☐ U ☐	Tipo de Vivienda			
Estrato Socioeconómico (Solo para el titular)				Discapacidad				Grupo Étnico				
Profesión				Correo electrónico								
Nombre de la Unidad								Cargo Actual				
Fuerza		Grado		Código Grado				Fecha Ascenso (AAAA-MM-DD)				
Subsidio Familiar				Grado de Escolaridad				Estado Afiliación				
Atención E.S.M.												

2. INFORMACIÓN DATOS PERSONALES PARA AFILIACIÓN / RENOVACIÓN DE BENEFICIARIOS

Primer Apellido				Segundo Apellido				Nombres Completos				
No. Identificación				Tipo Documento				Fecha Nacimiento (AAAA-MM-DD)				
Rh		Sexo	M ☐ F ☐	Parentesco				Edad			Discapacidad	
Dirección de Residencia								Barrio		Localidad		
Ciudad / Municipio				Departamento				Teléfono Residencia				
Teléfono Celular				Zona de Residencia				R ☐ U ☐	Tipo de Vivienda			
Grupo Étnico								Estado Afiliación				

Primer Apellido				Segundo Apellido				Nombres Completos				
No. Identificación				Tipo Documento				Fecha Nacimiento (AAAA-MM-DD)				
Rh		Sexo	M ☐ F ☐	Parentesco				Edad			Discapacidad	
Dirección de Residencia								Barrio		Localidad		
Ciudad / Municipio				Departamento				Teléfono Residencia				
Teléfono Celular				Zona de Residencia				R ☐ U ☐	Tipo de Vivienda			
Grupo Étnico								Estado Afiliación				

Primer Apellido				Segundo Apellido				Nombres Completos				
No. Identificación				Tipo Documento				Fecha Nacimiento (AAAA-MM-DD)				
Rh		Sexo	M ☐ F ☐	Parentesco				Edad			Discapacidad	
Dirección de Residencia								Barrio		Localidad		
Ciudad / Municipio				Departamento				Teléfono Residencia				
Teléfono Celular				Zona de Residencia				R ☐ U ☐	Tipo de Vivienda			
Grupo Étnico								Estado Afiliación				

Primer Apellido				Segundo Apellido				Nombres Completos				
No. Identificación				Tipo Documento				Fecha Nacimiento (AAAA-MM-DD)				
Rh		Sexo	M ☐ F ☐	Parentesco				Edad			Discapacidad	
Dirección de Residencia								Barrio		Localidad		
Ciudad / Municipio				Departamento				Teléfono Residencia				
Teléfono Celular				Zona de Residencia				R ☐ U ☐	Tipo de Vivienda			
Grupo Étnico								Estado Afiliación				

DECLARACIÓN JURAMENTADA:

Con la firma del presente Formulario de Afiliación y Registro de Novedades, declaro por conocidas las condiciones generales y coberturas de la relación contractual que estoy asumiendo con la Dirección General de Sanidad Militar. Bajo la gravedad de juramento declaro que el Cotizante y Beneficiario(s) reportado(s) no están afiliado(s) al SGSSS.

Firma y C.C. del Cotizante

Firma y Post-Firma Director de Personal
Entidad Empleadora

Ciudad y Fecha

3. REPORTE DE NOVEDADES

TIPO DE NOVEDADES			
1. Modificación de Datos Básicos de Identificación	☐	10. Reporte por fallecimiento del Beneficiario	☐
2. Corrección de Datos Básicos de Identificación	☐	11. Cambio de Beneficiario a Titular	☐
3. Actualización del Documento de Identidad (RC a TI y de TI a CC)	☐	12. Cambio de Titular a Beneficiario	☐
4. Actualización o Corrección de Datos Complementarios	☐	13. Afiliación Primera Vez por Medicina Laboral	☐
5. Inactivación al SSFM por vínculo al SGSSS	☐	14. Renovación por Medicina Laboral	☐
7. Inclusión Primera Vez de Beneficiarios (Padres o Exesposa) por pago PPCD	☐	15. Afiliación Primera Vez por Orden Judicial	☐
8. Actualización de Beneficiarios (Padres o Exesposa) por pago PPCD	☐	16. Renovación por Orden Judicial	☐
9. Reporte por fallecimiento del Cotizante	☐		

DATOS PARA EL REPORTE DE NOVEDADES							
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	☐ F	☐ M	FECHA NOVEDAD	FECHA DE NACIMIENTO	

DOCUMENTOS ANEXOS								
1. Anexa Copia Documento de Identificación		RC	TI	CC	CE	CN	PA	
	CANTIDAD							
							TOTAL 1	
2. Formulario de Afiliación y Registro de Novedades	☐	12. Copia Disolución de la Unión Marital de Hecho						☐
3. Formulario Encuesta Estado de Salud	☐	13. Copia Documento Orden Judicial						☐
4. Formulario Declaración Dependencia Económica	☐	14. Notificación por Multiafiliación						☐
5. Denuncio por Pérdida	☐	15. Copia Fallo de Tutela						☐
6. Registro Civil de Matrimonio (Aplica Sólo Cónyuge)	☐	16. Copia Junta Médico Laboral (Cotizante)						☐
7. Constitución de Unión Marital de Hecho	☐	17. Copia Certificado Pérdida Capacidad Laboral (Beneficiarios Mayores 18 Años)						☐
8. Registro Civil de Defunción	☐	18. Certificado Médico de Discapacidad (Beneficiarios Menores de 18 años)						☐
9. Carta de Retiro EPS, EAPB, EAS, otro régimen	☐	19. Copia Resolución Reconocimiento Pensión / Asignación Retiro						☐
10. Copia Sentencia o Escritura Pública de Divorcio	☐	20. Copia Resolución Reconocimiento Sustitución Pensión / Asignación Retiro						☐
11. Copia Disolución de la Unión Marital de Hecho	☐							

AUTORIZACIONES	
1. Autorizo para que el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares solicite y obtenga datos y copia de la Historia Clínica del Cotizante y sus Beneficiarios, para el desarrollo de programas de promoción y prevención.	☐
2. Autorizo para que el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, reporte información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades de la Base Datos de Afiliados a las Entidades Públicas y Autoridades que por sus funciones lo requieran.	☐
3. Autorizo para que el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, de tratamiento de los datos del Cotizante y sus Beneficiarios de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 en concordancia con la Ley 1712 de 2014.	☐
4. Autorizo para que el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares envíe información y notificaciones al correo electrónico registrado. (Art. 137 Ley 1437 de 2011)	☐

Observaciones:

Instrucciones Generales de Diligenciamiento

La información que registre en este formulario es muy importante para el SSFM, por favor, para su diligenciamiento utilice únicamente tinta negra, escriba en letra imprenta, sin tachones, ni enmendaduras y siga las instrucciones generales:

Cotiza con otros empleadores o independiente: Indique con una X sí cotiza o no con otro empleador (Únicamente aplica para beneficiarios)

Su esposo(a) o compañera(o) es Cotizante del SGSSS: Indique con una X sí su esposo(a) o compañera(o) es cotizante del SGSSS al momento de diligenciar el presente formulario

Fecha de diligenciamiento: Escriba la fecha de diligenciamiento en letra imprenta siguiendo la secuencia año, mes y día.

Fecha de radicación: Esta será diligenciada por el funcionario de la entidad que realiza la afiliación y/o actualización de datos

1. Información datos personales del afiliado cotizante o cabeza de grupo familiar

En las casillas correspondientes registre los datos básicos de identificación (apellidos y nombres completos, No. de Identificación, Tipo de Documento, Fecha de Expedición del Documento, Fecha de Nacimiento, Rh, Sexo, Estatura) tal y como aparecen en el documento de identificación correspondiente.

Registre Dirección de Residencia actual, barrio, localidad (sólo si reside en la ciudad de Bogotá DC), ciudad o municipio, departamento, teléfono de residencia (inicie con el indicativo correspondiente), teléfono celular, señale si tiene algún tipo de discapacidad (física, mental, neuropsíquica, etc), grupo étnico al que pertenece (Indígena, gitano, raizal de San Andrés y Providencia, Palenquero, Negro y/o afrocolombiano(a)), profesión (si la tiene) y correo electrónico.

2. Información datos personales para afiliación / renovación de beneficiarios

En las casillas correspondientes registre los datos básicos de identificación (apellidos y nombres completos, No. de Identificación, Tipo de Documento, Fecha de Expedición del Documento, Fecha de Nacimiento, Rh, Sexo, Estatura) tal y como aparecen en el documento de identificación correspondiente.

Registre Dirección de Residencia actual, barrio, localidad (sólo si reside en la ciudad de Bogotá DC), ciudad o municipio, departamento, teléfono de residencia (inicie con el indicativo correspondiente), teléfono celular, señale si tiene algún tipo de discapacidad (física, mental, neuropsíquica, etc), grupo étnico al que pertenece (Indígena, gitano, raizal de San Andrés y Providencia, Palenquero, Negro y/o afrocolombiano(a)), profesión (si la tiene) y correo electrónico. La casilla Estado Afiliación será diligenciada por el funcionario encargado de la afiliación y/o actualización de datos.

3. Reporte de Novedades: Señale con una X la novedad correspondiente.

4. Documentos Anexos: Indique con una X en la casilla correspondiente los documentos que aporta para la afiliación y/o actualización de Datos.

5. Autorizaciones: Marque con una X las casillas correspondientes, mediante las cuales autoriza el tratamiento de datos personales y el envío de notificaciones e información de interés del SSFM.

6. Observaciones: En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias respecto del trámite, la información solicitada o el trato recibido.

Señor afiliado, no olvide firmar el formulario, junto con el empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos que se requiera.