



# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicado
-----------------

Fecha de Radicado						
D	M	M	A	A	A	A

**I. DATOS DEL TRÁMITE** (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <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"/>	3. Régimen A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Contribución solidaria si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
5. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	6. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7. Código (a registrar por la EPS)	

**II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)**

8. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
-----------------	------------------	---------------	----------------

9. Tipo de documento de identidad

10. Número del documento de identidad

11. Sexo biológico  
Femenino  Masculino

12. Sexo identificación  
F  M   
T  NB  Otro  Cual

13. Nacionalidad

14. Lugar de nacimiento  
País: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

15. Fecha de nacimiento  
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 <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR**

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

27. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
-----------------	------------------	---------------	----------------

28. Tipo de documento de identidad

29. Número del documento de identidad

30. Sexo biológico  
Femenino  Masculino

31. Sexo identificación  
F  M   
T  NB  Otro  Cual

32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento  
País: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

34. Fecha de nacimiento  
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
-----------------	------------------	---------------	----------------

36. Tipo de documento de identidad

37. Número del documento de identidad

38. Nacionalidad

39. Sexo biológico  
Femenino Masculino

40. Sexo identificación  
F M T NB otro cual

41. Lugar de nacimiento  
País: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

42. Fecha de nacimiento  
D D M M A A A A

**Datos complementarios del Beneficiario**

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN SI NO	48. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	49. Discapacidad SI NO	50. Incapacidad permanente SI NO
----------------	-----------	---------------	---------------------------------	------------------------------------	---	---------------------------	-------------------------------------

**51. Datos de residencia**

Departamento	Municipio/ Distrito	Zona Cabecera Municipal Centro Poblado Rural disperso Resto Rural				Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
--------------	---------------------	--	--	--	--	---------------------------	---

Dirección

Localidad/Comuna

Correo Electrónico

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

**V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO**

55. Nombre o razón social

56. Tipo de documento de identificación

57. Número del documento de identificación

58. Tipo de aportante o pagador de 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

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

**VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD**

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>	62. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	63. Sexo identificación T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A <input type="text"/>		
65. EPS anterior <input type="text"/>	66. Fecha de novedad <input type="text"/>	67. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones <input type="text"/>				

**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 <input type="text"/>		Número del documento de identidad <input type="text"/>	

**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  CN  RC  TI  CC  PA  CE  CD  SC  PT

Cantidad de documentos de identidad anexos:

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.

Total Anexos

**XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL**

92. Identificación de la Entidad Territorial

Código del municipio  Código del departamento

93. Nombre de la Institución

**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 documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad <input type="text"/>	
96. fecha de radicación D D M M A A A A <input type="text"/>		97. Fecha de validación D D M M A A A A <input type="text"/>	

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