

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO
DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación B. Reporte de Novedades.	A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia -Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo B. Subsidiado
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de Afiliación	Código
A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento				
		Femenino Masculino	D D M M A A A A				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales			
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC	
18. Residencia			
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Municipio/Distrito	Zona Urbana Rural	Localidad/Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de Identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante			
19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	10. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	D D M M A A A A

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				
		E N M T P				
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						
32. Datos de residencia	Zona	Departamento	Teléfono Filo y/o celular	33. Valor dela UPC el afiliado adición (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	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE 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 del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación			
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- | | |
|--|--|
| 1. Modificación de datos básicos de identificación. | 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| 2. Corrección de datos básicos de identificación. | 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| 3. Actualización del documento de identidad. | 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo
B. Régimen Subsidiado |
| 4. Actualización y corrección de datos complementarios. | 14. Traslado: A. Mismo Régimen
B. Diferente Régimen |
| 5. Terminación de la inscripción en la EPS
Código | 15. Reporte de fallecimiento. |
| 6. Reinscripción en la EPS. | 16. Reporte del trámite de protección al cesante. |
| 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado |
| 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | 18. Reporte de la calidad de Pensionado |
| 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. | |

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LANOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre		
Tipo de documento de Identidad		Número del documento de identidad		Sexo Femenino Masculino		Fecha de nacimiento D D M M A A A A			42. Fecha D D M M A A A A		
43. EPS anterior				44. Motivo de traslado Código		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
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.
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
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.
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.
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.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.

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
--	--

XI. ANEXOS

- | | | | | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|----|----|-------|
| 56. Anexo copia del documento de identidad: | CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC |
| Cantidad: | | | | | | | | Total |
|
 | | | | | | | | |
| 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. | | | | | | | | |
| 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. | | | | | | | | |
| 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 date unión marital. | | | | | | | | |
| 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. | | | | | | | | |
| 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | |
| 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. | | | | | | | | |
| 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | |

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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.