


**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**

		No. de Radicación	Fecha de Radicación
I. DATOS DEL TRÁMITE <span style="float: right;">(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)</span>			
1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de novedades <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 checked="" type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		3. Régimen A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input checked="" 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) <b>CCF055</b>
<b>A. AFILIACIÓN</b>			
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 Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento
III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos personales			
11. Etnia	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de pensiones	17. Ingreso de base de cotizante - IBC	
18. Residencia			
Dirección		Teléfono Fijo	Teléfono Celular
Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
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 de documento de identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento
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 Femenino Masculino	
B1			28. Fecha de nacimiento
B2			
B3			
B4			
B5			
Datos complementarios			
29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad - Tipo	
		F	N
		M	Condición
			T
			P
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
32. Datos de residencia			
Municipio/Distrito	Urbana	Rural	Departamento
B1			Telefono Fijo y/o Celular
B2			-
B3			-
B4			-
B5			-
33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)			
Selección de la IPS Primaria			
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud			Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C			
B1			
B2			
B3			
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 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.  
 2. Corrección de datos básicos de identificación.  
 3. Actualización del documento de identidad.  
 4. Actualización y corrección de datos complementarios.  
 5. Terminación de la inscripción en la EPS.  
 Código   
 6. Reinscripción en la EPS.  
 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. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas  
 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas  
 13. Movilidad:  A. Régimen Contributivo  
 B. Régimen Subsidiado  
 14. Traslado:  A. Mismo Régimen  
 B. Diferente Régimen  
 15. Reporte de fallecimiento.  
 16. Reporte del trámite de protección al cesante.  
 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.  
 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

**VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD****41. Datos básicos de identificación**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segunda nombre
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		Fecha de Nacimiento	42. Fecha
Número del documento de identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios 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 de 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 al celular como mensajes de texto.

**VIII. FIRMAS**

54. El cotizante, cabeza de la familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

**IX. 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 de la unión marital.  
 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.  
 61. Copia de la orden judicial 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. Copie 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 <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>		67. Datos del SISBEN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>			68. Fecha de radicación <input type="text"/>	69. Fecha de validación <input type="text"/>
70. Datos del funcionario que realiza la validación		71. Firma del funcionario				
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre		Segundo nombre		
Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad <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