

# 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 A

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. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input 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)					

## 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. N° del documento de identidad	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento	Estado Civil	EPS anterior
		D D M M A A A A			

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

### Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo: F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición: T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de pensiones	
17. Ingreso base de cotizante - IBC			
18. Residencia			
Dirección		Teléfono Fijo	Teléfono Celular
		Correo Electrónico	
Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	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. N° del documento de identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento	Dirección	
		D D M M A A A A			
Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Celular

### 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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		28. Fecha de Nacimiento	
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 (Marque con una X) Tipo: E <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición: T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>			33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									
32. Datos de residencia			Zona	Municipio / Distrito	Departamento			Teléfono Fijo	Celular
B1			U R						
B2			U R						
B3			U R						
B4			U R						
B5			U R						

### 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 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		Departamento	

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

40. Tipo de Novedad

- 1. Modificación de los 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 del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre																
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento																
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	42. Fecha <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr> <tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr> </table>	D	D	M	M	A	A	A	A	D	D	M	M	A	A	A	A
D	D	M	M	A	A	A	A												
D	D	M	M	A	A	A	A												
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:

Cantidad: CN  TI  PA  CD  Total

RC  CC  CE  SC

- 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 le 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	67. Datos del SISBEN Número de Ficha	68. Fecha de Radicación	
Código del departamento	Puntaje	69. Fecha de Validación	
Nivel			
70. Nombre del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer apellido	Segundo apellido
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