

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No. De Radicación

Fecha de Radicación						
D	D	M	M	A	A	A

## I. DATOS DEL TRAMITE (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"/>		3. Régimen A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <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 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) <input type="text"/>	

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

6. Apellidos y nombres Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/> Primer Nombre <input type="text"/> Segundo Nombre <input type="text"/>			
7. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	8. Número del documento de identidad <input type="text"/>	9. sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento <input type="text"/>

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

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

## IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/> Primer Nombre <input type="text"/> Segundo Nombre <input type="text"/>			
20. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	21. Número del documento de identidad <input type="text"/>	22. sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento <input type="text"/>

## Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/> Primer Nombre <input type="text"/> Segundo Nombre <input type="text"/>			
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
25. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	26. Número del documento de identidad <input type="text"/>	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento <input type="text"/>
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 <input type="text"/>		30. Etnia <input type="text"/>		31. Discapacidad Tipo <input type="text"/> E <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Condición T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia Municipio/Distrito <input type="text"/> Zona <input type="text"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento <input type="text"/> Teléfono Fijo y/o Celular <input type="text"/>				33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <input type="text"/>			
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS <input type="text"/>				Código de la IPS (a registrar por la EPS) <input type="text"/>			
C							
B							
B							
B							

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social <input type="text"/>		36. Tipo de documento de identificación <input type="text"/>		37. Número del documento de identificación <input type="text"/>		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) <input type="text"/>	
39. Ubicación Dirección <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/> Correo electrónico <input type="text"/> Municipio/Distrito <input type="text"/> Departamento <input type="text"/>							

**B. REPORTE DE NOVEDADES****40. Tipo de Novedad**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.  | <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.  | <input type="checkbox"/> 12. Desvinculaciones de una entidad autorizada afiliaciones colectivas         |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.   | <input type="checkbox"/> 13. 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.<br>Código <input type="text"/>                 | <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen                        |
| <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.  | <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen   |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.  |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  | <input type="checkbox"/> 16. Reporte del Trámite de protección al cesante.                              |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.                   | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.                                   |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de pensionado.                                       |

**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD****41. 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"/>	Sexo	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento	4.2 Fecha <input type="text"/>	
				D D M M A A A A A A		D D M M A A A A A A	

43. EPS anterior <input type="text"/>	44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones <input type="text"/>
---------------------------------------	---	---

**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 intemeción 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 beneficiados o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente 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 del Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

**VIII. FIRMAS**

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario <input type="text"/>	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio <input type="text"/>
---	--

**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 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 o del acto administrativo de custodia.
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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 <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN 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"/>
		D D M M A A A A A A	D D M M A A 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 <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>	71. Firma del funcionario <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.