

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado  
 D D M M A A A A

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

<b>1. Tipo de Trámite</b>		<b>2. Tipo de Afiliación</b>		<b>3. Régimen</b>		<b>4. Contribución solidaria</b>	
A. Afiliación	B. Reporte de Novedades	A. Individual:	- Cotizante o Cabeza de Familia - Beneficiario o Afiliado adicional	B. Colectiva	D. De Oficio	A. Contributivo B. Subsidiado	Si No
<b>5. Tipo de Afiliado</b>		A. Cotizante B. Cabeza de Familia	C. Beneficiario D. Afiliado adicional	<b>6. Tipo de Cotizante</b>		<b>7. Código</b>	
				A. Dependiente B. Independiente	C. Pensionado	(a registrar por la EPS)	

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

<b>8. Apellidos y nombres</b>		Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
<b>9. Tipo de documento de identidad</b>		<b>10. Número del documento de identidad</b>		<b>11. Sexo biológico</b>	<b>12. Sexo Identificación</b>	<b>13. Nacionalidad</b>
				Femenino Masculino	F M T NB Otro	Cuál
<b>14. Lugar de nacimiento</b>		País	Departamento	Municipio	<b>15. Fecha de nacimiento</b>	

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

<b>Datos Personales</b>				
<b>16. Etnia</b>	<b>17. Comunidad</b>	<b>18. Discapacidad</b>	<b>19. Tiene encuesta SISBÉN</b>	
		Si No	Si No	
		Categoría de discapacidad	Nivel Grupo	
<b>22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL</b>		<b>23. Administradora de Pensiones</b>	<b>24. Ingreso base de cotización - IBC</b>	<b>25. Tarifa Contribución Solidaria</b>

**26. Residencia** Dirección Teléfono Fijo

Teléfono Celular	Correo Electrónico				
Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona	Cabecera Municipal	Rural Disperso
			Zona	Centro Poblado	Resto Rural

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

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(s) permanente del cotizante

<b>27. Apellidos y nombres</b>		Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

<b>28. Tipo de documento de identidad</b>	<b>29. Número del documento de identidad</b>	<b>30. Sexo biológico</b>	<b>31. Sexo Identificación</b>	<b>32. Nacionalidad</b>
		Femenino Masculino	F M T NB Otro	Cual

<b>33. Lugar de nacimiento</b>		País	Departamento	Municipio	<b>34. Fecha de nacimiento</b>
					D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

<b>35. Apellidos y nombres</b>		Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

<b>B1</b>	<b>B2</b>	<b>B3</b>	<b>B4</b>	<b>B5</b>

<b>36. Tipo de documento de identidad</b>	<b>37. Número del documento de identidad</b>	<b>38. Nacionalidad</b>	<b>39. Sexo biológico</b>	<b>40. Sexo Identificación</b>	<b>41. Lugar de nacimiento</b>	<b>42. Fecha de nacimiento</b>
B1			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B2			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B3			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B4			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B5			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

<b>43. Parentesco</b>	<b>44. Etnia</b>	<b>45. Comunidad</b>	<b>46. Grupo de población especial</b>	<b>47. Tiene encuesta SISBÉN</b>	<b>48. Clasificación SISBÉN</b>	<b>49. Discapacidad</b>	<b>50. Incapacidad permanente</b>
B1				Si No	Nivel Grupo	Si No	Categoría de discapacidad
B2				Si No	Nivel Grupo	Si No	Categoría de discapacidad
B3				Si No	Nivel Grupo	Si No	Categoría de discapacidad
B4				Si No	Nivel Grupo	Si No	Categoría de discapacidad
B5				Si No	Nivel Grupo	Si No	Categoría de discapacidad

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B3		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
Dirección		Localidad/Comuna	Correo Electrónico	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C			
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
<b>V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO</b>			
55. Nombre o razón social		56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación
59. Ubicación Dirección		Teléfono fijo o Celular	
Correo Electrónico		Departamento	Municipio / Distrito
<b>60. Tipo de Novedad</b>			
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación. <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país. <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia. <input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante. <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado. <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado. <input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria. <input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.			
<b>VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD</b>			
61. Datos básicos de Identificación		Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	63. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>
64. Fecha de nacimiento	<input type="text"/> DD MM AA AA AA		
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad <input type="text"/>	67. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
<b>VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES</b>			
<input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 72. Declaración de no intermisión del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. <input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.			
<b>VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA</b>			
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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad No. del documento de identidad			
<b>IX. FIRMAS</b>			
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	
<b>X. ANEXOS</b>			
<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/> 88. Documento en que consta 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. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/>			
<b>XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL</b>			
92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio		Código del departamento	93. Nombre de la Institución
<b>XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL</b>			
94. Apellidos y nombres		Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación
			<input type="text"/> DD MM AA AA AA
97. Fecha de validación			
<input type="text"/> DD MM AA AA AA			
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			
Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial		Sello de Radicación	Sticker procesamiento