

# FORMULARIO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN DE AFILIADOS Y NOVEDADES

**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES ANTES DE DILIGENCIAR ÉSTE FORMULARIO**

**No.**

**CÓDIGO 003**

AFILIACIÓN <input type="checkbox"/>	NOVEDAD <input type="checkbox"/>	INDIVIDUAL <input type="checkbox"/>	COLECTIVA <input type="checkbox"/>	No. DE RADICACIÓN	FECHA DE DILIGIAMIENTO	DIA	MES	AÑO
-------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------	------------------------	-----	-----	-----

**PARTE I, INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE O CABEZA DE GRUPO. Por favor seleccione con una equis (X) el tipo de cotizante que representa**

<input type="checkbox"/> <b>DEPENDIENTE</b>	<input type="checkbox"/> Aprendiz Sena Etapa Productiva	<input type="checkbox"/> <b>PENSIONADOS</b>	<input type="checkbox"/> <b>INDEPENDIENTES</b>	<input type="checkbox"/> Agremiado
<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Aprendiz Universitario	<input type="checkbox"/> Jubilación	<input type="checkbox"/> Persona Natural	<input type="checkbox"/> Empleo de Emergencia
<input type="checkbox"/> Servidor Público	<input type="checkbox"/> Practicante	<input type="checkbox"/> Sustitución	<input type="checkbox"/> Contratista	<input type="checkbox"/> Primer Empleo (Tipo D)
<input type="checkbox"/> Servicio Doméstico	<input type="checkbox"/> Cooperativas y Pre cooperativa de Trabajo Asociado	<input type="checkbox"/> Pensión Compartida	<input type="checkbox"/> Subsidio de Desempleo	<input type="checkbox"/> Madre/Padre Comunitario con Administradora
<input type="checkbox"/> Aprendiz Sena Etapa Lectiva	<input type="checkbox"/> Otros _____	<input type="checkbox"/> Otros _____	<input type="checkbox"/> Tipo 41 Pago por Tercero	<input type="checkbox"/> Madre/Padre Comunitario sin Administradora
			<input type="checkbox"/> Tipo 42 Pago solo Salud	

**PARTE II, TIPO DE NOVEDAD A REPORTAR ( Elija la novedad que está presentando y seleccione con una equis (X) )**

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS	INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS	INGRESO / SALIDA DEL PAIS	RETIRO AFILIADOS COTIZANTE	EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS	TRASLADO	NOVEDADES COTIZANTE	NOVEDADES BENEFICIARIO
<input type="checkbox"/> 1 Documentos de Identificación	<input type="checkbox"/> 4 Beneficiarios Directos	<input type="checkbox"/> 7 Interrupción de Afiliación por salida del país	<input type="checkbox"/> 9 Pérdida de capacidad de pago	<input type="checkbox"/> 12 Separación o Divorcio	<input type="checkbox"/> 16 Beneficiario entre cotizantes	<input type="checkbox"/> 20 Dependiente a Independiente	<input type="checkbox"/> 23 Empleador Adicional
<input type="checkbox"/> 2 Nombres y Apellidos	<input type="checkbox"/> 5 Beneficiarios UPC Adicional	<input type="checkbox"/> 8 Activación de Afiliación por ingreso al país	<input type="checkbox"/> 10 Traslado a Régimen de Excepción	<input type="checkbox"/> 13 Traslado a Régimen de Excepción	<input type="checkbox"/> 17 Cotizante a Beneficiario	<input type="checkbox"/> 21 Independiente a Dependiente	<input type="checkbox"/> 24 Reingreso a la EPS
<input type="checkbox"/> 3 Estado Civil	<input type="checkbox"/> 6 Beneficiarios Recién Nacidos		<input type="checkbox"/> 11 Traslado a Régimen Subsidiado	<input type="checkbox"/> 14 Traslado a Régimen Subsidiado	<input type="checkbox"/> 18 Beneficiario a Cotizante	<input type="checkbox"/> 22 Independiente a Pensionado	<input type="checkbox"/> 25 Unificación Cónyuges
				<input type="checkbox"/> 15 Fallecimiento	<input type="checkbox"/> 19 Dependiente a Pensionado		<input type="checkbox"/> 26 Discapacidad
							<input type="checkbox"/> 27 Incapacidad
							<input type="checkbox"/> 28 Estudios

**PARTE III, INFORMACIÓN DE COTIZANTE Y BENEFICIARIOS (ESTA INFORMACIÓN DEBE SER DILIGENCIADA EN SU TOTALIDAD Y CORRESPONDE A LOS DATOS REQUERIDOS POR LA EPS DEL COTIZANTE Y SUS BENEFICIARIOS)**

DATOS GENERALES										SEXO		FECHA DE NACIMIENTO				
1	Tipo de identificación	Parentesco	Nivel Educativo	Etnia	Tipo de Discapacidad	Grado de Discapacidad	UPC Adicional	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			F	M	DIA	MES	AÑO
C.																
1																
2																
3																
4																
INFORMACIÓN EXCLUSIVA DEL COTIZANTE								ESTADO CIVIL		CÓNYUGE COTIZA AL SGSSS		IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE		TIPO DE IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE		
Fecha de Afiliación al SGSSS								S	C	D	UL	V	SI	NO	C.C	C.E
D   M   A								CELULAR PERSONAL		CORREO ELECTRONICO		TEL. CONTACTO DE UN FAMILIAR				
ORIGEN DE AFILIACIÓN				ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ENTIDAD DE PREVISIÓN ANTERIOR				DATOS DE UBICACIÓN							IPS ASIGNADA	
2	Nuevo en SGSSS	Traslado de EPS	Traslado de Régimen	Reingreso / Traslado	Código EPS Anterior	Excepción de movilidad	Justificación	Dirección de Residencia	Número Telefónico de la Residencia	Ciudad de Residencia	Zona Rural o Urbana	Departamento de la Residencia	IPS de Atención Médica			
C.						SI	NO									
1																
2																
3																
4																

VÁLIDO SOLO CON LAS (2) HOJAS

HOJA No. 1 DE 2 FORMULARIO No.