



NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CODIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

Fecha de Radicación

D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

| | | |
|---|---|---|
| 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) <input type="text"/> |

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

A. AFILIACIÓN

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| 6. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido | 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 D D M M A A A A |
|--|--|---|---|--|

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

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

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

| | | | | |
|---|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|--|
| 24. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo Femenino Masculino | 28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

Datos complementarios

| | | | | |
|----------------|-----------|--|--|---|
| 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P | 32. Datos de residencia Municipio/Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono Fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS) |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

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

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

FOTOCOPIA B.A. NIT 800.513.432-8 TEL. (1224) 90.99



NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CODIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

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. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar 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. | <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen |
| Código <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen |
| <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS. | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento. |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante. |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado. |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. | |

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 | | 42. Fecha | | |
| 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 a la base de datos de afiliados vigentes 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 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 o 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. 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 | | 69. Fecha de validación | |
| 70. Datos del funcionario que realiza la validación | | | | | | | |
| Primer apellido | | Segundo apellido | | Primer nombre | | Segundo nombre | |
| Tipo documento de identidad <input type="text"/> | | Número del documento de identidad <input type="text"/> | | 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.

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020