

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicación

4005703033

Fecha de Radicación

04/01/2020

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite	2. Tipo de afiliación	3. Régimen
A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Invalidez <input type="checkbox"/> C. Cambio de <input type="checkbox"/>	A. Individual <input checked="" type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	6. Código (verificar en EPS)
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cónyuge de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	1

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (verificar o cubrir de familia)

7. Apellidos y nombres	8. Tipo de documento de identidad	9. Número del documento de identidad	10. Sexo	11. Fecha de nacimiento
12. Apellido	13. Tipo de documento de identidad	14. Número del documento de identidad	15. Sexo	16. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

17. Última	18. Capacidad	19. Condición	20. Puntaje SGB	21. Grupo de población especial
22. Administradora de riesgos laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Seguro de riesgos	26. Seguro de riesgos
27. Dirección	28. Teléfono fijo	29. Teléfono celular	30. Correo electrónico	31. Municipio

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

(Verificar y declarar según el caso o compañía, parentesco o grupo)

32. Apellidos y nombres completos	33. Tipo de documento de identidad	34. Número de documento de identidad	35. Sexo	36. Fecha de nacimiento
-----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	----------	-------------------------

(Verificar y declarar según el caso o compañía, parentesco o grupo)

37. Apellidos y nombres	38. Tipo de documento de identidad	39. Número de documento de identidad	40. Sexo	41. Fecha de nacimiento
-------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	----------	-------------------------

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

42. Parámetro	43. Grupos	44. Capacidad	45. Tipo	46. Condición
47. Municipio	48. Zona	49. Departamento	50. Teléfono fijo y/o celular	51. Valor de la UPC de afiliación adicional (a registrar por la EPS)

VI. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

52. Nombre de la institución prestadora de salud - EPS	53. Código de la EPS a registrar por la EPS
--	---

VII. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA INSTITUCIONAL O DE SERVIDOR

54. Nombre social	55. Tipo de identificación	56. Número de documento de identificación	57. Tipo de aportante (pagador de pensiones a registrar por la EPS)
58. Dirección	59. Teléfono	60. Correo electrónico	61. Municipio

EPYGA-F001 V. 1.0-2018