



**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**  
PAGINA 1 DE 2

No. Radicación

Fecha Radicación

DD	MM	AAAA
----	----	------

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

**I. DATOS DEL TRAMITE**

1. Tipo de Tramite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/>		Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> Beneficiario afiliado adicional <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 <input type="text"/>		(a registrar por la EPS)	

**II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)**

**A. AFILIACION**

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 documento de Identidad <input type="text"/>	8. Número 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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBEN <input type="text"/>	14. Grupo Poblacional especial <input type="text"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL <input type="text"/>	16. Administradora de Pensiones <input type="text"/>	17. Ingreso Base del Cotizante - 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 Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad/Comuna <input type="text"/>	Departamento <input type="text"/>

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

Datos básicos de identificación del Conyugue o Compañero(a) permanente cotizante

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 documento de Identidad <input type="text"/>	21. Número 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 completos			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
25. Tipo de Documento de Identidad	26. Numero Documento de Identidad	27. Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de Nacimiento D D M M A A A A
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	30. Etnia	31. Discapacidad F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Tipo T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	Condición
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				
32. Datos de Residencia Municipio/Distrito <input type="text"/>	Zona 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				

**Selección de la IPS primaria**

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Primaria - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
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 <input type="text"/>	36. Tipo de documento de Identificación <input type="text"/>	37. Numero del documento de Identificación <input type="text"/>	38. Tipo de aporte o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
39. Ubicación Dirección <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/> Correo electronico <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. 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<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 documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento		42. Fecha	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			D   D   M   M   A   A   A   A		D   D   M   M   A   A   A   A	
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 no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impide 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 genera 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
- 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 al celular como mensaje de texto.

**VIII. FIRMAS**

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiarios

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

**IX. ANEXOS**

- |   |    |    |    |    |    |    |    |    |                            |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad   | CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | Total <input type="text"/> |
| Cantidad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |    |    |    |    |    |    |    |    |                            |
- 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 material
  - 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 colectiva.
  - 65. Copia de acto administrativo o providencial de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o de ordene la afiliación del oficio.

**X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de Radicación	69. Fecha de validación
Código Municipio	Código Departamento	No. Ficha	Puntaje	Nivel	D   D   M   M   A   A   A   A	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D   D   M   M   A   A   A   A	

**70. Datos del funcionario que realiza la validación**

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo documento de Identidad	Número del documento de Identidad		71. Firma del funcionario				
<input type="text"/>	<input type="text"/>						

**OBSERVACIONES:**

---



---



---



---

Recuerda 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