

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSS

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

<b>1. Tipo de Trámite</b> A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		<b>2. Tipo Afiliación</b> B. Colectiva <input type="checkbox"/>		A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>		<b>3. Régimen</b> A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
<b>4. Tipo de Afiliado</b> A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		<b>5. Tipo de Cotizante</b> 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 A. AFILIACIÓN

(Del cotizante o cabeza de familia)

<b>6. Apellidos y Nombres</b>		<b>7. Tipo de Documento de Identidad</b>		<b>8. Número de Documento de Identidad</b>		<b>9. Sexo</b>		<b>10. Fecha de Nacimiento</b>	
Primer Apellido <input type="text"/>		Segundo Apellido <input type="text"/>		Primer Nombre <input type="text"/>		Segundo Nombre <input type="text"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Municipio/Distrito <input type="text"/>		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad/Comuna <input type="text"/>		Departamento <input type="text"/>		D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/>	

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos Personales)

<b>11. Etnia</b> <input type="text"/>		<b>12. Discapacidad</b>		<b>13. Puntaje SISBEN</b> <input type="text"/>		<b>14. Grupo de Población Especial</b> <input type="text"/>	
Tipo <input type="text"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Condición <input type="text"/> P <input type="checkbox"/>		Ingreso Base de Cotización - IBC <input type="text"/>			
<b>15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL</b> <input type="text"/>		<b>16. Administradora de Pensiones</b> <input type="text"/>		<b>17. Residencia</b>			
Dirección <input type="text"/>		Teléfono Fijo <input type="text"/>		Teléfono Celular <input type="text"/>		Correo Electrónico <input type="text"/>	

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

(Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

<b>19. Apellidos y Nombres</b>		<b>20. Tipo de Documento de Identidad</b>		<b>21. Número de Documento de Identidad</b>		<b>22. Sexo</b>		<b>23. Fecha de Nacimiento</b>	
Primer Apellido <input type="text"/>		Segundo Apellido <input type="text"/>		Primer Nombre <input type="text"/>		Segundo Nombre <input type="text"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Municipio/Distrito <input type="text"/>		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad/Comuna <input type="text"/>		Departamento <input type="text"/>		D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/>	

## (Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales)

24. Apellidos y Nombres		25. Tipo de Documento de Identidad		26. Número de Documento de Identidad		27. Sexo		28. Fecha de Nacimiento	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Femenino	Masculino	D D M M A A A A			
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

## (Datos Complementarios)

<b>29. Parentesco</b>		<b>30. Etnia</b>		<b>31. Discapacidad</b>		Tipo		Condición	
				F N M T P					
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

<b>32. Datos de Residencia</b>		<b>33. Valor de la UPC del Afiliado</b>	
Municipio/Distrito <input type="text"/>	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento <input type="text"/>	Adicional (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

## (Selección de la IPS Primaria)

<b>34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS</b>		<b>Código de la IPS</b>	
<input type="text"/>		(a registrar por la EPS) <input type="text"/>	
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

<b>35. Nombre o Razón Social</b>		<b>36. Tipo de Documento de Identificación</b>		<b>37. Número de Documento de Identificación</b>		<b>38. Tipo de aportante o pagador de pensiones</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>39. Ubicación</b>		Dirección <input type="text"/>		Teléfono <input type="text"/>		Correo Electrónico <input type="text"/>	
		Municipio/Distrito <input type="text"/>		Departamento <input type="text"/>			

40. Tipo Novedad

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación  | <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones                |
| <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"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios                                    | <input type="checkbox"/> 14. Traslado   |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción de la EPS<br>Código: <input type="text"/>                | <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo  |
| <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS  | <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado  |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o afiliados adicionales                                     | <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo  |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o afiliados adicionales                                     | <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado  |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar                | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de Fallecimiento   |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante                                   |
|  | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-Pensionado  |
|  | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado  |

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos de identificación del usuario

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo Documento Identidad <input type="text"/>	Número del documento de Identidad <input type="text"/>			Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento <input type="text"/>	42. Fecha <input type="text"/>

43. EPS Anterior <input type="text"/>	44. Motivo Traslado Código: <input type="text"/>	45. Caja de compensación familiar o pagador de pensiones <input type="text"/>
---------------------------------------	---	---

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 existencias 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 intención del cotizante, cabeza familia, beneficiarios o afiliados adicionales de institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que las EPS solicite y obtenga copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
51. Autorización para que las EPS reporten 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 lo requieran
52. Autorización para que las EPS maneje los datos personales del cotizante o del 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 las EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje 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
- |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                            |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CN | <input type="checkbox"/> RC | <input type="checkbox"/> TI | <input type="checkbox"/> CC | <input type="checkbox"/> PA | <input type="checkbox"/> CE | <input type="checkbox"/> CD | <input type="checkbox"/> SC | Total <input type="text"/> |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autorizada 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 material
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 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 consta la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
Código Municipio <input type="text"/>	Código Departamento <input type="text"/>	Número de Ficha <input type="text"/>	Puntaje <input type="text"/>	Nivel <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

70. Datos del funcionario que realiza la validación

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

OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_