

**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. Regimen 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)**

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 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 <input type="text"/> F N M Condición <input type="text"/> T P	13. Puntaje SISBEN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL <input type="text"/>		16. Administradora de Pensiones <input type="text"/>	
17. Ingreso base de cotización. 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/Comina <input type="text"/>	Departamento <input type="text"/>

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

Datos básico de identificación del cónyuge 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 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 <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/>		Primer nombre <input type="text"/> Segundo nombre <input type="text"/>	
25. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	25. Número del documento de identidad <input type="text"/>	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de Nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

29. Parentesco <input type="text"/>	30. Etnia <input type="text"/>	31. Discapacidad Tipo <input type="text"/> F N M Condición <input type="text"/> T P		
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 - IPS C <input type="text"/>	Código de la IPS (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
B <input type="text"/>	

**V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES 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. Número del documento de identificación <input type="text"/>	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
39. Ubicación Dirección <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/> Correo electrónico <input type="text"/> Municipio/Distrito <input type="text"/> Departamento <input type="text"/>			

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**

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

CONSECUTIVO N°.

N°. de Radicación

Fecha de Radicación

D | D | M | M | A | A | A | A

**V. 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>Codigo <input type="text"/>                 | <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"/> 14. Traslado   |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.  |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.                   | <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante.                                  |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.                                       |
|   | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.                                       |

**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	Numero del documento de identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento		42. Fecha	
				D   D   M   M   A   A   A   A	D   D   M   M   A   A   A   A		
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Codigo <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. Autorización de no intermediación 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. Declaración 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  PT  PE  
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 del 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 cual se ordene 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 Codigo del Municipio Codigo del departamento		67. Datos del SISBEN Numero de ficha Puntaje Nivel			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D   D   M   M   A   A   A   A	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	Numero del documento de identidad			71. Firma del funcionario			

**OBSERVACIONES**

Recuerde que con la firma del funcionario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

