

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



|                        |
|------------------------|
| <b>No. De Radicado</b> |
|                        |

|                          |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|
| <b>Fecha de Radicado</b> |   |   |   |   |   |   |
| D                        | D | M | M | A | A | A |

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

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

|   |  |  |
|---|--|--|
| 1. Tipo de trámite  | 2. Tipo de afiliación  | 3. Régimen   |
| A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/> | A. Individual <input type="checkbox"/> - Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>                          | A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>                            |
| C. Colectiva <input type="checkbox"/> D. De oficina <input type="checkbox"/>            | B. Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>  | 4. Contribución solidaria <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| 5. Tipo de afiliado   | 6. Tipo de cotizante   | 7. Código (a registrar por la EPS)   |
| A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/>     | A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/> |  |
| C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/> |  |  |

**A. AFILIACIÓN**

**II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)**

|                                   |                                       |  |                         |               |           |                |                         |      |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|-------------------------|---------------|-----------|----------------|-------------------------|------|
| 8. Apellidos y nombres            |                                       |  |                         |               |           |                |                         |      |
| Primer apellido                   |                                       | Segundo apellido   |                         | Primer nombre |           | Segundo nombre |                         |      |
| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico   | 12. Sexo identificación |               |           |                |                         |      |
|                                   |                                       | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | F                       | M             | T         | NB             | Otro                    | Cual |
| 13. Nacionalidad                  |                                       |  | 14. Lugar de nacimiento |               |           |                | 15. Fecha de nacimiento |      |
| País                              |                                       |  | Departamento            |               | Municipio |                | D D M M A A A A         |      |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

|   |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 16. Etnia   |  |  |  |  |  |  | 17. Comunidad            |  |  |  |  |  |  | 18. Discapacidad                              |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |  |  |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  | Nivel                    |  |  |  |  |  |  | Grupo   |  |  |  |  |  |  | 21. Grupo de población especial |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |  |  |
| 19. Tiene encuesta SISBÉN                               |  |  |  |  |  |  | 20. Clasificación SISBÉN |  |  |  |  |  |  | 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL |  |  |  |  |  |  | 23. Administradora de Pensiones |  |  |  |  |  |  | 24. Ingreso base de cotización - IBC  |  |  |  |  |  |  | 25. Tarifa Contribución Solidaria |  |  |  |  |  |  |
| 26. Residencia  |  |  |  |  |  |  | Dirección                |  |  |  |  |  |  | Teléfono Fijo                                 |  |  |  |  |  |  | Teléfono celular                |  |  |  |  |  |  | Correo electrónico  |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |  |  |
| Departamento  |  |  |  |  |  |  | Municipio/ Distrito      |  |  |  |  |  |  | Localidad/Comuna                              |  |  |  |  |  |  | Zona                            |  |  |  |  |  |  | Cabeecera Municipal <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |  |  |

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

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

|                                    |                                       |  |                         |               |           |                |                         |      |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|-------------------------|---------------|-----------|----------------|-------------------------|------|
| 27. Apellidos y nombres            |                                       |  |                         |               |           |                |                         |      |
| Primer apellido                    |                                       | Segundo apellido   |                         | Primer nombre |           | Segundo nombre |                         |      |
| 28. Tipo de documento de identidad | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico   | 31. Sexo identificación |               |           |                |                         |      |
|                                    |                                       | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | F                       | M             | T         | NB             | Otro                    | Cual |
| 32. Nacionalidad                   |                                       |  | 33. Lugar de nacimiento |               |           |                | 34. Fecha de nacimiento |      |
| País                               |                                       |  | Departamento            |               | Municipio |                | D D M M A A A A         |      |

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

|                                    |                                       |                  |                    |               |   |                |                         |    |      |      |                         |              |           |                         |   |   |   |   |   |   |   |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------|--------------------|---------------|---|----------------|-------------------------|----|------|------|-------------------------|--------------|-----------|-------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 35. Apellidos y nombres            |                                       |                  |                    |               |   |                |                         |    |      |      |                         |              |           |                         |   |   |   |   |   |   |   |
| Primer apellido                    |                                       | Segundo apellido |                    | Primer nombre |   | Segundo nombre |                         |    |      |      |                         |              |           |                         |   |   |   |   |   |   |   |
| B1                                 |                                       |                  |                    |               |   |                |                         |    |      |      |                         |              |           |                         |   |   |   |   |   |   |   |
| B2                                 |                                       |                  |                    |               |   |                |                         |    |      |      |                         |              |           |                         |   |   |   |   |   |   |   |
| B3                                 |                                       |                  |                    |               |   |                |                         |    |      |      |                         |              |           |                         |   |   |   |   |   |   |   |
| B4                                 |                                       |                  |                    |               |   |                |                         |    |      |      |                         |              |           |                         |   |   |   |   |   |   |   |
| B5                                 |                                       |                  |                    |               |   |                |                         |    |      |      |                         |              |           |                         |   |   |   |   |   |   |   |
| 36. Tipo de documento de identidad | 37. Número del documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico |               |   |                | 40. Sexo identificación |    |      |      | 41. Lugar de nacimiento |              |           | 42. Fecha de nacimiento |   |   |   |   |   |   |   |
|                                    |                                       |                  | Femenino           | Masculino     | F | M              | T                       | NB | Otro | cual | País                    | Departamento | Municipio | D                       | D | M | M | A | A | A | A |
| B1                                 |                                       |                  |                    |               |   |                |                         |    |      |      |                         |              |           |                         |   |   |   |   |   |   |   |
| B2                                 |                                       |                  |                    |               |   |                |                         |    |      |      |                         |              |           |                         |   |   |   |   |   |   |   |
| B3                                 |                                       |                  |                    |               |   |                |                         |    |      |      |                         |              |           |                         |   |   |   |   |   |   |   |
| B4                                 |                                       |                  |                    |               |   |                |                         |    |      |      |                         |              |           |                         |   |   |   |   |   |   |   |
| B5                                 |                                       |                  |                    |               |   |                |                         |    |      |      |                         |              |           |                         |   |   |   |   |   |   |   |

**Datos complementarios del Beneficiario**

|                |  |           |  |               |  |                                 |  |                           |  |                          |  |                           |  |                            |  |    |
|----------------|--|-----------|--|---------------|--|---------------------------------|--|---------------------------|--|--------------------------|--|---------------------------|--|----------------------------|--|----|
| 43. Parentesco |  | 44. Etnia |  | 45. Comunidad |  | 46. Grupo de población especial |  | 47. Tiene encuesta SISBÉN |  | 48. Clasificación SISBÉN |  | 49. Discapacidad          |  | 50. Incapacidad permanente |  |    |
| SI             |  | NO        |  | Nivel         |  | Grupo                           |  | SI                        |  | NO                       |  | Categoría de discapacidad |  | SI                         |  | NO |
| B1             |  |           |  |               |  |                                 |  |                           |  |                          |  |                           |  |                            |  |    |
| B2             |  |           |  |               |  |                                 |  |                           |  |                          |  |                           |  |                            |  |    |
| B3             |  |           |  |               |  |                                 |  |                           |  |                          |  |                           |  |                            |  |    |
| B4             |  |           |  |               |  |                                 |  |                           |  |                          |  |                           |  |                            |  |    |
| B5             |  |           |  |               |  |                                 |  |                           |  |                          |  |                           |  |                            |  |    |

**51. Datos de residencia**

|  |  |                     |  |                  |  |             |                           |
|--|--|---------------------|--|------------------|--|-------------|---------------------------|
| 52. Valor de la UPCE del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |  |                     |  |                  |  |             |                           |
| Departamento   |  | Municipio/ Distrito |  | Zona             |  |             | Teléfono fijo y/o celular |
| Cabeecera Municipal  |  | Centro Poblado      |  | Rural disperso   |  | Resto Rural |                           |
| B1   |  |                     |  |                  |  |             |                           |
| B2   |  |                     |  |                  |  |             |                           |
| B3   |  |                     |  |                  |  |             |                           |
| B4   |  |                     |  |                  |  |             |                           |
| B5   |  |                     |  |                  |  |             |                           |
| Dirección  |  |                     |  | Localidad/Comuna |  |             | Correo Electrónico        |
| B1   |  |                     |  |                  |  |             |                           |
| B2   |  |                     |  |                  |  |             |                           |
| B3   |  |                     |  |                  |  |             |                           |
| B4   |  |                     |  |                  |  |             |                           |
| B5   |  |                     |  |                  |  |             |                           |

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

|   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) |  |  |  |  |  |  |
| C   |  |  |  |  |  |  |
| B1  |  |  |  |  |  |  |
| B2  |  |  |  |  |  |  |
| B3  |  |  |  |  |  |  |
| B4  |  |  |  |  |  |  |
| B5  |  |  |  |  |  |  |

**V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO**

|                           |  |  |   |  |  |  |   |  |
|---------------------------|--|--|---|--|--|--|---|--|
| 55. Nombre o razón social |  |  | 56. Tipo de documento de identificación |  | 57. Número del documento de identificación |  | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |  |
| 59. Ubicación             |  |  | Dirección                               |  | Teléfono fijo o Celular                    |  | Correo electrónico  |  |
| Departamento              |  |  | Municipio/Distrito                      |  |  |  |   |  |

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

60. Tipo de Novedad

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.  | <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.     |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.  | <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.  | <input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo                     |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.                                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado                                      |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS.  | <input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen                             |
| Código <input type="text"/>   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen                                       |
| <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input type="text"/>                      | <input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.                     |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  | <input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante. 18. Reporte                       |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  | <input type="checkbox"/> de la calidad de Pre- pensionado. 19. Reporte de la calidad de                      |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.                   | <input type="checkbox"/> Pensionado. 20. Ingreso a Contribución Solidaria.                                   |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. | <input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.   |
| <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.   | <input type="checkbox"/>   |

**VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD**

61. Datos básicos de identificación

|                                |                                   |  |  |                               |                          |                          |                         |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Primer apellido                |                                   | Segundo apellido   |  | Primer nombre                 |                          | Segundo nombre           |                         |
| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo biológico   | 63. Sexo identificación                                  | Otro                          | F                        | M                        | 64. Fecha de nacimiento |
| <input type="text"/>           | <input type="text"/>              | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> Cual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | D D M M A A A A         |
| 65. EPS anterior               | 66. Fecha de novedad              | 67. Motivo de traslado   | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |                               |                          |                          |                         |
| <input type="text"/>           | <input type="text"/>              | Código <input type="text"/>  | <input type="text"/>                                     |                               |                          |                          |                         |

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

73. 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.

74. 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

75. 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.

76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.

78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

**VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA**

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

|                                |                                   |                      |                      |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Primer apellido                | Segundo apellido                  | Primer nombre        | Segundo nombre       |
| <input type="text"/>           | <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad |                      |                      |
| <input type="text"/>           | <input type="text"/>              |                      |                      |

**IX. FIRMAS**

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

**X. ANEXOS**

82. Anexo copia del documento de identidad  CN  RC  TI  CC  PA  CE  CD  SC  PT

Cantidad de documentos de identidad anexos:

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

85. 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.

86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

88. 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.

89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.

90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

91. 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.

Total Anexos

**XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL**

92. Identificación de la Entidad Territorial

Código del municipio  Código del departamento

93. Nombre de la Institución

**XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL**

94. Apellidos y nombres

|                             |                                   |                           |                      |
|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------------|----------------------|
| Primer apellido             | Segundo apellido                  | Primer nombre             | Segundo nombre       |
| <input type="text"/>        | <input type="text"/>              | <input type="text"/>      | <input type="text"/> |
| Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario |                      |
| <input type="text"/>        | <input type="text"/>              | <input type="text"/>      |                      |
| 96. fecha de radicación     | 97. Fecha de validación           |                           |                      |
| D D M M A A A A             | D D M M A A A A                   |                           |                      |

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