

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

LOGO EPS

No. De Radicado

Fecha de Radicado						
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 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. Régimen A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Contribución solidaria si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
5. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	6. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>
7. Código (a registrar por la EPS)	

A. AFILIACIÓN						
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)						
8. Apellidos y nombres						
9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	12. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento	15. Fecha de nacimiento
				Pais	Departamento	Municipio
				D D M M A A A A		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS						
Datos personales						
16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		19. Tiene encuesta SISBÉN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
20. Clasificación SISBÉN Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>		21. Grupo de población especial				
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 Cabecera Municipal <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <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						
28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento	34. Fecha de nacimiento
				Pais	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						
B1	B2	B3	B4	B5		
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	40. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1	B2	B3	B4	B5		
						D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario						
43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	48. Clasificación SISBÉN Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	49. Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
B1	B2	B3	B4	B5		
						50. Incapacidad permanente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

51. Datos de residencia						
Departamento	Municipio/ Distrito	Zona			Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1	B2	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	
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

