



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

| | |
|-------------------|-------------------------------|
| No. de Radicación | Fecha de Radicación |
| | D D M M A A A A |

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. 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 (a registrar por la EPS) |

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

| | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|
| 6. Apellidos y nombres Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| 7. Tipo documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 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

| | | | |
|---|---|--------------------------------------|---------------------------------|
| 11. Etnia | 12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial |
| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización - IBC | |
| 18. Residencia Dirección | | Teléfono fijo | Teléfono celular |
| Municipio/Distrito | Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> | Localidad/Comuna | Departamento |

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

| | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|
| Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante | | | |
| 19. Apellidos y nombres Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 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 | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |
| 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo Femenino Masculino | 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 | Tipo F N M T P | | | Condición |
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |
| 32. Datos de residencia Municipio/Distrito | Zona Urbana Rural | Departamento | Teléfono Fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) | |
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

Selección de la IPS Primaria

| | |
|---|---|
| 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - 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 | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número de documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
| | | | |
| 39. Ubicación Dirección | | Teléfono | Correo electrónico |
| | | | Municipio/Distrito |
| | | | Departamento |

