

# 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 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"/>
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"/>		4. Contribución solidaria si <input type="checkbox"/> no <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)

**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  
Femenino  Masculino

12. Sexo identificación  
F  M   
T  NB  Otro  Cual

13. Nacionalidad

14. Lugar de nacimiento  
País: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

15. Fecha de nacimiento  
D D M M A A A A

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

**Datos personales**

16. Etnia

17. Comunidad

18. Discapacidad  
SI  NO   
Categoría de discapacidad: \_\_\_\_\_

19. Tiene encuesta SISBÉN  
SI  NO

20. Clasificación SISBÉN  
Nivel: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

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
Departamento	Municipio/ Distrito	Localidad/Comuna

Correo electrónico

Zona  
Cabecera Municipal  Rural Disperso   
Centro Poblado  Resto Rural

**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  
Femenino  Masculino

31. Sexo identificación  
F  M   
T  NB  Otro  Cual

32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento  
País: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

34. Fecha de nacimiento  
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
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 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
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

**51. Datos de residencia**

Departamento	Municipio/ Distrito	Zona				Teléfono fijo y/o celular
		Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

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			

