

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación		Fecha de Radicación	
		D D M M A A A A	
I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran antes al formulario antes de diligenciarlo)			
1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado
A. Afiliación	A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia	A. Contributivo	A. Cotizante
B. Reporte de Novedades	B. Colectiva	B. Subordinado	B. Cabeza de familia
	C. Beneficiario o afiliado adicional		C. Beneficiario
	D. De oficio		C. Pensionado
5. Tipo de cotizante			
A. Dependiente			
B. Independiente			
C. Pensionado			
Código (a registrar por la EPS)			

A. AFIILIACIÓN		B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)	
6. Apellidos y nombres	7. Tipo de documento	8. Número de documento de identidad	9. Sexo
Primer Apellido	CC	1017211822	Femenino
Segundo Apellido			Masculino
10. Fecha de nacimiento	11. Fecha de radicación		
D D M M A A A A	D D M M A A A A		
II. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)			
12. Etnia	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL
			SURA
16. Administradora de pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC		
POVENIR	1300.000		
18. Residencia	19. Dirección	20. Zona	21. Teléfono fijo
CIA 2004 30-12	Manizales	Urbana	300 2235312
22. Correo electrónico	23. Municipio / Distrito	24. Localidad / Comuna	25. Departamento
haryyeycordora32@hotmail.com	Manizales	Manizales	Antioquia

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)	
26. Apellidos y nombres	27. Tipo de documento
Primer Apellido	
Segundo Apellido	
28. Sexo	29. Fecha de nacimiento
Femenino	D D M M A A A A
Masculino	
IV. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES	
30. Apellidos y nombres	31. Tipo de documento
Primer Apellido	
Segundo Apellido	
32. Sexo	33. Fecha de nacimiento
Femenino	D D M M A A A A
Masculino	
V. DATOS COMPLEMENTARIOS	
34. Parentesco	35. Etnia
VI. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES	
36. Apellidos y nombres	37. Tipo de documento
Primer Apellido	
Segundo Apellido	
38. Sexo	39. Fecha de nacimiento
Femenino	D D M M A A A A
Masculino	
VII. DATOS COMPLEMENTARIOS	
40. Parentesco	41. Etnia

VIII. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO	
42. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	43. Código de la EPS (a registrar por la EPS)
Col	
B	
R	
B	

IX. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO	
44. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	45. Código de la EPS (a registrar por la EPS)
Col	
B	
R	
B	

X. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO	
46. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	47. Código de la EPS (a registrar por la EPS)
Col	
B	
R	
B	

XI. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO	
48. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	49. Código de la EPS (a registrar por la EPS)
Col	
B	
R	
B	

XII. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO	
50. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	51. Código de la EPS (a registrar por la EPS)
Col	
B	
R	
B	

XIII. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO	
52. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	53. Código de la EPS (a registrar por la EPS)
Col	
B	
R	
B	

XIV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO	
54. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	55. Código de la EPS (a registrar por la EPS)
Col	
B	
R	
B	

XV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO	
56. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	57. Código de la EPS (a registrar por la EPS)
Col	
B	
R	
B	

XVI. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO	
58. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	59. Código de la EPS (a registrar por la EPS)
Col	
B	
R	
B	

XVII. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO	
60. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	61. Código de la EPS (a registrar por la EPS)
Col	
B	
R	
B	

Violado SuperSubsidio

Violado SuperSubsidio

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