

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante
A. Afiliación	A. Individual: Cotizante o cabeza de familia	A. Contributivo	A. Cotizante	A. Dependiente
B. Reporte de Novedades	B. Beneficiario o afiliado adicional	B. Subsidado	B. Cabeza de familia	B. Independiente
	C. Institucional	C. De oficio	C. Beneficiario	C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

6. Apellidos y nombres		7. Tipo de documento de identidad		8. Número de documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
Primer Apellido						Femenino		D D M M A A A A	

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial		15. Administración de salud		16. Administración de pensiones	
Tipo F N M Condición T P											

19. Apellidos y nombres		20. Tipo de documento de identidad		21. Número de documento de identidad		22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
Primer Apellido						Femenino		D D M M A A A A	

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número de documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Primer Apellido						Femenino		D D M M A A A A	

29. Tipo de discapacidad		30. Etnia	
Tipo F N M Condición T P			

31. Discapacidad		32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional	
Tipo F N M Condición T P		Municipio / Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono fijo y/o celular			

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS		Código de la IPS	
		(a registrar por la EPS)	

35. Nombre de la entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio		36. Tipo de aportante o pagador pensiones	

40. Tipo de Novedad		41. Datos básicos de identificación	
1. Modificación datos básicos de identificación		Primer Apellido	

42. EPS anterior		43. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales		47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción	

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios		49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales	

50. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación del reportante de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran		51. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales	

66. Identificación de la entidad territorial		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del municipio Código del departamento		Número de la ficha Puntaje Nivel		D D M M A A A A		D D M M A A A A	

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.

