

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 anexas al formulario antes de diligenciarlo)											
1. Tipo de trámite		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen		4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		Código (a registrar por la EPS)	
A. Afiliación B. Reporte de Novedades		A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia B. Colectiva C. Institucional D. De oficio		A. Contributivo B. Subsidado		A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario		A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado			

A. AFILIACIÓN Y DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)											
6. Apellidos y nombres		7. Tipo de documento de identidad		8. Número de documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento		11. Fecha de radicación	
Primer Apellido		C		4380389		M		1950-07-17		1981-11-11	

II. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)											
12. Etnia		13. Discapacidad		14. Grupo de población especial		15. Administradora de Salud Laboral - ASL		16. Administradora de Pensiones - AP		17. Fecha de radicación	
1. 500 000		Tipo F N M Condición T P		CII 5 F 12 163		M		M		2008-03-15	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)											
18. Apellidos y nombres		19. Tipo de documento de identidad		20. Número de documento de identidad		21. Sexo		22. Fecha de nacimiento		23. Fecha de radicación	
Primer Apellido						M				D D M M A A A A	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales											
24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número de documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento		29. Fecha de radicación	
Primer Apellido						M				D D M M A A A A	

Datos complementarios											
30. Etnia		31. Discapacidad		32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		34. Tipo de afiliado		35. Tipo de afiliado	
1. 500 000		Tipo F N M Condición T P		Municipio / Distrito		Zona Urbana Rural		Departamento		Teléfono fijo y/o celular	

Selección de la EPS Prioritaria											
36. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS		37. Código de la EPS (a registrar por la EPS)		38. Tipo de afiliado		39. Tipo de afiliado		40. Tipo de afiliado		41. Tipo de afiliado	
Col		B		B		B		B		B	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO											
42. Nombre o razón social		43. Tipo de documento de identidad		44. Número del documento de identificación		45. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)		46. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)		47. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
Dirección		Teléfono		Correo electrónico		Municipio / Distrito		Departamento			

VI. REPORTE DE NOVEDADES											
48. Tipo de Novedad		49. Tipo de Novedad		50. Tipo de Novedad		51. Tipo de Novedad		52. Tipo de Novedad		53. Tipo de Novedad	
1. Modificación datos básicos de identificación		2. Corrección datos básicos de identificación		3. Actualización documento de identidad		4. Actualización y corrección de datos complementarios		5. Terminación de la inscripción en la EPS		6. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD											
41. Datos básicos de identificación		42. Datos básicos de identificación		43. Datos básicos de identificación		44. Datos básicos de identificación		45. Datos básicos de identificación		46. Datos básicos de identificación	
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Tipo de documento de identidad		Número de documento de identidad	

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES											
47. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales		48. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción		49. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios		50. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud		51. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales		52. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere 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 regulan	

IX. ANEXOS											
54. Anexos		55. Anexos		56. Anexos		57. Anexos		58. Anexos		59. Anexos	
54. Anexos		55. Anexos		56. Anexos		57. Anexos		58. Anexos		59. Anexos	

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL											
60. Identificación de la entidad territorial		61. Datos del SISBEN		62. Fecha de radicación		63. Fecha de validación		64. Tipo de afiliado		65. Tipo de afiliado	
Código del municipio		Número de la ficha		D D M M A A A A		D D M M A A A A		A		A	

OBSERVACIONES:											
71. Firma del funcionario											

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

