



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Página 1 de 2

CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación
24/05/2023

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	
A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐		A. Individual ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐		A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐			

II - DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)									
6. Apellidos y nombres		7. Tipo de documento de identidad		8. Número del documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
Gómez		101421461A		Benítez		Masculino		22/08/1990	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
				Zulay		Jaice			

III - DATOS COMPLEMENTARIOS									
Datos personales									
11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial			
		Tipo ☐ Condición ☐							
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso Base de Cotización - IBC					
				1000.000					
18. Residencia		Dirección		Teléfono Fijo		Teléfono Celular		Correo Electrónico	
Calle 31 # 38-178		Bogotá		34491742		34491742		nauyana23@hotmail.com	
Municipio / Distrito		Zona		Localidad / Comuna		Departamento			
Bogotá		Urbana ☒ Rural ☐				Cundinamarca			

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		23. Fecha de nacimiento	
				Femenino ☐ Masculino ☐			

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 documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
				Femenino ☐ Masculino ☐			
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios									
29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		Tipo		Condición	
						F N M		T P	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)			
Municipio / Distrito		Zona		Departamento		Teléfono fijo y/o Celular	
		Urbana ☐ Rural ☐					
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Selección de la I.P.S. Primaria							
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS				Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)			
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 del documento de identificación		38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)					
39. Ubicación		Dirección		Teléfono Fijo		Correo Electrónico		Municipio / Distrito		Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

40. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación datos básicos de identificación

☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación

☐ 3. Actualización del documento de identidad

☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios

☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS

☐ 6. Reinscripción en la EPS

☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 13. Movilidad

A. Régimen Contributivo

B. Régimen Subsidiado

☐ 14. Traslado

A. Mismo Régimen

B. Diferente Régimen

☐ 15. Reporte de fallecimiento

☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante

☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado

☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		Sexo		Fecha de Radicación	
				Femenino Masculino		42. Fecha	
43. EPS Anterior		44. Motivo de Traslado		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			
		Código					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☐ 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 internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud

☒ 50. Autorización para que la E.P.S. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales

☒ 51. Autorización para que la E.P.S. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran

☒ 52. Autorización para que la E.P.S. maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

☒ 53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

☐ 56. Anexo copia del documento de identidad

CN

RC

TI

CC

CE

PA

CD

SC

Total

☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente

☐ 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital

☐ 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de unión marital

☐ 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor

☐ 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia

☐ 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres

☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial

Código del Municipio

Código del Departamento

67. Datos del SISBÉN

Número de Ficha

Puntaje

Nivel

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad		71. Firma del funcionario	

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial

Sello de radicación

Sticker procesamiento

C.C. No.

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