

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**nueva**  
eps  
gente cuidando gente  
NIT 900 156 264-2

\*Código Único para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado\*

## FORMULARIO VÍA WEB

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

1. TIPO DE TRÁMITE  
A. AFILIACIÓN ☒ B. REPORTE DE NOVEDADES ☐

2. TIPO DE AFILIACIÓN  
A. Individual ☒ a) Cotizante o cabeza de familia ☒ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3. RÉGIMEN  
C. Contributivo ☐ S. Subsidiado ☒

4. TIPO DE AFILIADO  
CO Cotizante ☒ CF Cabeza de Familia ☐ BE Beneficiario ☐

5. TIPO DE COTIZANTE  
A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

CÓDIGO: \_\_\_\_\_ FECHA DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

**II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)**

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS  
PRIMER APELLIDO: **Antonio** SEGUNDO APELLIDO: **Tovar** PRIMER NOMBRE: **Laura** SEGUNDO NOMBRE: **Joselyn**

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **X** C E P A D S E 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **7019105558** 9. SEXO: **X** M 10. FECHA NACIMIENTO: **06 03 1995**

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

11. ORIGEN: \_\_\_\_\_ 12. DISCAPACIDAD: \_\_\_\_\_ 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN: \_\_\_\_\_ 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: \_\_\_\_\_ 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: \_\_\_\_\_

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: \_\_\_\_\_ 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: \_\_\_\_\_ 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ 19. LOCALIDAD / COMUNA: \_\_\_\_\_ BARRIO: \_\_\_\_\_

CIUDAD / MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO MÓVIL: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO IPS: \_\_\_\_\_

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR**

Datos de identificación del beneficiario (Cópiese a computador (x) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS  
PRIMER APELLIDO: \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO: \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_ 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_ 22. SEXO: \_\_\_\_\_ 23. FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ 24. CÓDIGO IPS: \_\_\_\_\_

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS  
1. **Solia Valentina Antonio Tovar** 25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **X** 26. NÚMERO DE IDENTIDAD: **7018461158** 27. SEXO: **X** 28. FECHA DE NACIMIENTO: **05 08 2011** 29. PARENTESCO: **hija** 30. ETNIA: \_\_\_\_\_ 31. DISCAPACIDAD: \_\_\_\_\_

32. DATOS DE RESIDENCIA  
Ciudad / Municipio: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo determina la EPS): \_\_\_\_\_ 34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud (EPS): \_\_\_\_\_

**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 documento de identidad: \_\_\_\_\_ 37. Número documento de identidad: \_\_\_\_\_ 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones: \_\_\_\_\_

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ 40. CARGO: \_\_\_\_\_ SALARIO: \_\_\_\_\_

**VI. REPORTE DE NOVEDADES**

41. TIPO DE NOVEDAD: \_\_\_\_\_

42. DESCRIPCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

43. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

44. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_

45. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS: \_\_\_\_\_

46. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS: \_\_\_\_\_

47. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS: \_\_\_\_\_

48. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES: \_\_\_\_\_

49. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES: \_\_\_\_\_

50. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR: \_\_\_\_\_

51. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O FENECIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO: \_\_\_\_\_

52. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS: \_\_\_\_\_

53. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS: \_\_\_\_\_

54. MOVILIDAD: \_\_\_\_\_

55. AL REGÍMEN CONTRIBUTIVO: \_\_\_\_\_

56. AL REGÍMEN SUBSIDIADO: \_\_\_\_\_

57. AL MISMO RÉGIMEN: \_\_\_\_\_

58. A DIFERENTE RÉGIMEN: \_\_\_\_\_

59. REPORTE DE FALLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

60. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESSANTE: \_\_\_\_\_

61. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO: \_\_\_\_\_

62. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO: \_\_\_\_\_

**VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

63. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN  
PRIMER APELLIDO: \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO: \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_

64. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_ 65. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_ 66. SEXO: \_\_\_\_\_ 67. FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ 68. CÓDIGO IPS: \_\_\_\_\_

69. MOTIVO DE TRASLADO: \_\_\_\_\_ 70. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES: \_\_\_\_\_

**VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

Declaración juramentada de veracidad: Declaro que con esta afiliación, Señoría, \_\_\_\_\_

Desde el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Identificación por \_\_\_\_\_

49. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro, bajo la gravedad del juramento, que (x) los beneficiarios y afiliados dependen económicamente de mí.

50. Declaración de no obligación de afiliación al Régimen Contributivo: Especial o de Excepción.

51. Declaración de existencia de relaciones de familia: Declaro que existo en la relación de familia con los beneficiarios y afiliados adicionales que se detallan a continuación: Anexo reporte de la Entidad.

52. Declaración de no intermediación del cotizante: Declaro que no soy intermediario en la afiliación de beneficiarios y afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.

53. Autorización para que la EPS reciba y conserve datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios y afiliados adicionales.

54. Autorización para que la EPS reciba la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por ley, autorizan la recepción.

55. Autorización para que la EPS reciba los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios y afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1317 de 2013.

56. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico y al celular como beneficiario de todo.

**VIII. FIRMAS**

57. Firma del afiliado: **Laura Joselyn Tovar 7019105558**

58. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio: \_\_\_\_\_

**IX. ANEXOS**

59. Anexo copia del documento de identidad: \_\_\_\_\_

60. Copia del documento de inscripción permanente emitido por la autoridad competente: \_\_\_\_\_

61. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de constitución o sentencia judicial que declare la unión marital: \_\_\_\_\_

62. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de constitución o sentencia judicial que declare la emancipación de la unión marital: \_\_\_\_\_

63. Copia del certificado de inscripción o acta de entrega del menor: \_\_\_\_\_

64. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia: \_\_\_\_\_

65. Documento en el que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración notarial por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres: \_\_\_\_\_

66. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud: \_\_\_\_\_

67. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: \_\_\_\_\_

68. Copia del acta administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la capacidad del beneficiario o en la que conste la afiliación de oficio: \_\_\_\_\_

**X. DATOS A SER OBLIGADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

69. Identificación de la Entidad Territorial  
Código del Municipio: \_\_\_\_\_ Código del departamento: \_\_\_\_\_

70. Datos del funcionario que realiza la validación  
Tipo documento de identidad: \_\_\_\_\_ Número del documento de identidad: \_\_\_\_\_

71. Fecha de radicación: \_\_\_\_\_ 72. Fecha de validación: \_\_\_\_\_

73. Firma del funcionario: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES**

74. \_\_\_\_\_

75. \_\_\_\_\_

76. \_\_\_\_\_

77. \_\_\_\_\_

78. \_\_\_\_\_

79. \_\_\_\_\_

80. \_\_\_\_\_

81. \_\_\_\_\_

82. \_\_\_\_\_

83. \_\_\_\_\_

84. \_\_\_\_\_

85. \_\_\_\_\_

86. \_\_\_\_\_

87. \_\_\_\_\_

88. \_\_\_\_\_

89. \_\_\_\_\_

90. \_\_\_\_\_

91. \_\_\_\_\_

92. \_\_\_\_\_

93. \_\_\_\_\_

94. \_\_\_\_\_

95. \_\_\_\_\_

96. \_\_\_\_\_

97. \_\_\_\_\_

98. \_\_\_\_\_

99. \_\_\_\_\_

100. \_\_\_\_\_

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.

- 2a. COPIA: AFILIADO -