FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	DD/MM/AAAA

I. Datos del tramite

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedad ☑	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☐ - Beneficiario o Afiliado Adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☑ B. Subsidiado ☐	Si ☐ No ☑

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☑ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☑ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACION

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: Cuero.	Segundo Apellido: Valencia.	Primer Nombre: Samuel.	Segundo Nombre: David.

9. Tipo de Documento de Identidad	10. N° de Documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	1192917318	Femenino ☐ Masculino ☑	F ☐ M ☑ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál ☐

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
	País	Departamento		Municipio	
Colombiano	Colombia	Valle		Cali	7-5-2003

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	
	Afro	Si ☐	No ☑
		Categoría de la discapacidad:	

19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de Población Especial
Si ☑ No ☐	Nivel: 1 Grupo: #	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensión	24. Ingreso Base de Cotización-IBC	25. Tarifa contribución solidaria
	Colpensiones.	1.423.500	

26. Residencia				
Dirección: Av 6A #47N.	Teléfono Fijo	3112333807.	Email: Samuelvalencia358@gmail.com.	
Departamento: Valle	Municipio/Distrito: Cali	Localidad/Comuna: Flora	Zona: Cabecera municipal ☑ Rural disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto rural ☐	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cotizante

27. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de Documento de Identidad	29. N° de Documento de Identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál ☐

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento				34. Fecha de nacimiento
	País	Departamento		Municipio	DD/MM/AAAA

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y Nombres				
B1	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B2	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B3	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B4	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B5	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

	36. Tipo Documento	37. N° documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de Nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál	País	Departamento	Municipio	
B1															DD / MM / AAAA
B2															DD / MM / AAAA
B3															DD / MM / AAAA
B4															DD / MM / AAAA
B5															DD / MM / AAAA

Datos Complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45.Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad			50.Incapacidad permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoría de discapacidad	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de Residencia								52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio / Distrito	Zona				Teléfono fijo y/o celular	
			Cabecera Municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad /Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C Compensar Flora	91824.
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o Razón Social	56. Tipo de Documento de Identidad	57. Número de Identificación	58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones (A Registrar por la EPS)

59. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Departamento	Municipio/Distrito

Scanned with CamScanner