

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicación

4014746576

Fecha de Radicación

14/05/2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite	2. Tipo afiliación	3. Régimen	4. Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	A. Individual: ☒ Cotizante Cabeza de familia ☒ - Beneficiario 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 ☐	1	

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres	9. Tipo documento de Identidad	10. Número del documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
RIVERA Primer apellido	CC	42271855	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐
MARTINEZ Segundo apellido	13. Nacionalidad	14. Lugar Nacimiento	15. Fecha Nacimiento	
	COLOMBIA	País: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA	08/06/1974	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo población especial
6		Si ☐ No ☒	SI ☐ NO ☒	Nivel ☐ Grupo ☐	
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria		
RIESGOS PROFESIONALES COLMENA	COLFONDOS	1565850			
26. Residencia	27. Teléfono fijo	28. Teléfono celular	29. Correo electrónico		
DG 56A BIS SUR 82A 55 Dirección	BOGOTA Municipio/Distrito	3202626012 RAFAEL URIBE URIBE Localidad / comuna	RIVERASORIDIS@GMAIL.COM Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana 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	28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
			Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐
32. Nacionalidad	33. Lugar Nacimiento	34. Fecha Nacimiento		
	País: Departamento: Municipio:			

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

35. Apellidos y nombres	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar Nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino F M T NB otro cual		País Departamento Municipio	
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo poblacional especial	47. Encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad Permanente
B1				SI No Nivel Grupo		SI No Categoría	SI No
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio/Distrito	Zona	Teléfono Fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1		Cabecera municipal Centro poblado Rural dispersa Resto rural		
B2				
B3				
B4				
B5				
Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico		
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS Primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOLAYA
B	
B	
B	

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 identificación	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
TRANSPORTE PLANEACION Y DISEÑO INGENIERIA S A	NIT	830034108	01
59. Ubicación	60. Teléfono fijo o celular	61. Correo electrónico	62. Municipio/distrito
CL 35 NO 7 25 OF 1501 Dirección	3231705	H.NAVARRETE@TPDINGENIERIA.COM	BOGOTA Municipio/distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
☐ 3. Actualización documento de identidad
☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.

Código:

- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código:
☐ 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. Inscripción EPS retorno al país.

- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo régimen
☐ B. Diferente régimen
☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante
☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
Tipo documento de Identidad		Número documento de Identidad		62. Sexo biológico		63. Sexo identificación		64. Fecha de nacimiento	
				Femenino ☐ Masculino ☐		F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐			
65. EPS anterior		66. Fecha de Novedad		67. Motivo de traslado		68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			
		1/4/0/5/2/0/2/5		Código: <input type="text"/>					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
70. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
72. ☐ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
73. ☒ 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.
74. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
75. ☒ Autorización para que la EPS 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 Decr 1377 de 2013.
76. ☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto.
77. ☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres		Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de Identidad		Número documento de Identidad							

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario		81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio	

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo Copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
Cantidad: Total:
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor.
☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
☐ 88. Documento en 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 padres.
☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución	
Código del municipio	Código del Departamento		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres		Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad							
96. Fecha de Radicación		97. Fecha de Validación							

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.