



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9013045640
9013045640

No. de Radicación SAT
30883490

Fecha de Radicación

12 | 08 | 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐	4. Contribución solidaria SI ☐ NO ☐	5. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	6. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	7. Código (a registrar por la EPS) 3
--	--	---	--	---	--	---

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

8. Apellidos y nombres GIRALDO Primer Apellido	RIAÑO Segundo Apellido	LESLI Primer Nombre	MAYERLY Segundo Nombre	
9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 52845109	11. Sexo biológico Femenino ☒ Masculino ☐	12. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	13. Nacionalidad
14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento 16 D 04 M A 1982 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI ☐ NO ☒	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN SI ☐ NO ☐	20. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	21. Grupo de población especial 20
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL NINGUNA		23. Administradora de Pensiones			24. Ingreso base de cotización - IBC \$1.750.905	25. Tarifa contribución solidaria
26. Residencia		Dirección		Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Departamento		Municipio / Distrito		Localidad / Comuna	Cabezera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐ Zona	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
28. Tipo de documento de identidad		29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	

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

35. Apellidos y nombres																				
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre								
B1																				
B2																				
B3																				
B4																				
B5																				
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino Masculino		40. Sexo identificación F M T NB Otro Cual			41. Lugar de nacimiento Pais Departamento Municipio			42. Fecha de nacimiento									
B1												D	D	M	M	A	A	A	A	
B2													D	D	M	M	A	A	A	A
B3													D	D	M	M	A	A	A	A
B4													D	D	M	M	A	A	A	A
B5													D	D	M	M	A	A	A	A

Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN SI NO		48. Clasificación SISBÉN NIVEL GRUPO		49. Discapacidad SI NO CATEGORÍA DISCAPACIDAD		50. Incapacidad permanente SI NO	
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55. Nombre o razón social LESLI MAYERLY GIRALDO	56. Tipo de documento de identificación CC	57. Número del documento de identificación 52845109	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación CL 47A SUR 77V 17	31157057	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad	1. Modificación de 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 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
			X
	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 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 de Pensionado	20. Ingreso a Contribución Solidaria
			21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación				Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido					
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	Femenino Masculino		64. Fecha de nacimiento	
		Femenino Masculino	T NB Otro Cual			D D M M A A A A	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad		67. Motivo de traslado		68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	
		D 12 M 08 A 2026 A		Código			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.	☐ 74. Autorización para que la EPS 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.
☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	☐ 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 Decreto 1377 de 2013.
☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
☐ 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.	☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la 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 Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido					
Tipo de documento de identidad				Número del documento de identidad			

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. 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	
Cantidad:		TOTAL ANEXOS
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.		
84. Copia del 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 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 del certificado de adopción o acta de entrega del menor.		
87. Copia de la orden judicial o del 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 dos padres		
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.		
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 conste la calidad de beneficiario o se ordene 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

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

94. Apellidos y nombres				Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido					
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario					
96. Fecha de radicación		97. Fecha de validación		OBSERVACIONES:			
D D M M A A A A		D D M M A A A A		CARGO: INDEPENDIENTE			

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.