

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Nº. de Radicación

Fecha de Radicación

Página 1 de 1

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Tipo de Trámite<br>A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>                                        | 2. Tipo de Afiliación<br>A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/><br>-Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/><br>B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/> | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/> |
| 4. Tipo de afiliado:<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> | 5. Tipo de Afiliación<br>A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>                                                                                                                           | Código (a registrar por la EPS) <input type="text"/>                                          |

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

|                                                                                                                                                                   |                                                |                                                           |                                                                                            |                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 6. Apellidos y nombres<br>Primer apellido: <b>Yeisson</b><br>Segundo apellido: <b>Johavanny</b><br>Primer nombre: <b>García</b><br>Segundo nombre: <b>Sanchez</b> | 7. Tipo de documento de identidad<br><b>CC</b> | 8. Número del documento de identidad<br><b>1077149134</b> | 9. Sexo<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | 10. Fecha de nacimiento<br><b>16081996</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

|                                                                                                                                                |                                                                                    |                                                       |                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 11. Etnia <input type="text"/>                                                                                                                 | 12. Discapacidad<br>Tipo <b>F N M</b> Condición <b>T P</b>                         | 13. Puntaje SISBEN <input type="text"/>               | 14. Grupo de población especial <input type="text"/> |
| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL <b>Forvenir</b>                                                                                  | 16. Administración de Pensiones <b>Forvenir</b>                                    | 17. Ingreso base de cotización - IBC <b>\$ 908526</b> |                                                      |
| 18. Residencia<br>Dirección: <b>Calle 1 N 4-49</b><br>Teléfono fijo: <b>322 8609597</b><br>Teléfono celular: <b>yeissonmargarita@gmail.com</b> | 19. Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> | Localidad/Comuna: <b>Cundinamarca</b>                 |                                                      |

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

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

|                                                                                                                                                                                     |                                                         |                                                            |                                                                                  |                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 16. Apellidos y nombres<br>Primer apellido: <input type="text"/> Segundo apellido: <input type="text"/><br>Primer nombre: <input type="text"/> Segundo nombre: <input type="text"/> | 20. Tipo de documento de identidad <input type="text"/> | 21. Número del documento de identidad <input type="text"/> | 22. Sexo<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 23. Fecha de nacimiento<br><input type="text"/> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

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

| 24. Apellidos y nombres | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 28. Fecha de nacimiento |
|-------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| B1                      |                                    |                                       |                                                                                  |                         |
| B2                      |                                    |                                       |                                                                                  |                         |
| B3                      |                                    |                                       |                                                                                  |                         |
| B4                      |                                    |                                       |                                                                                  |                         |
| B5                      |                                    |                                       |                                                                                  |                         |

Datos complementarios

|                |         |                                       |
|----------------|---------|---------------------------------------|
| 29. Parentesco | 30. Pma | 31. Discapacidad<br>Tipo<br>E N M T P |
| B1             |         |                                       |
| B2             |         |                                       |
| B3             |         |                                       |
| B4             |         |                                       |
| B5             |         |                                       |

|                                                                     |                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 32. Datos de residencia                                             | 33. Valor del UPC el afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
| Municipio/Distrito                                                  |                                                                  |
| Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> |                                                                  |
| Departamento                                                        |                                                                  |
| Teléfono fijo y/o celular                                           |                                                                  |
| B1                                                                  |                                                                  |
| B2                                                                  |                                                                  |
| B3                                                                  |                                                                  |
| B4                                                                  |                                                                  |
| B5                                                                  |                                                                  |

## V. Selección de la EPS Primaria

|                                                                       |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - (IPS) | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
| C                                                                     |                                           |
| D                                                                     |                                           |
| E                                                                     |                                           |
| F                                                                     |                                           |

## VI. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES P. 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 asegurado (a registrar por la EPS) |
|                           |                                         |                                            |                                                            |
|                           |                                         |                                            |                                                            |
|                           |                                         |                                            |                                                            |
|                           |                                         |                                            |                                                            |

39. Ubicación: Dirección:  Teléfono:  Correo electrónico:  Municipio/Distrito:  Departamento: