



EPS FAMILIAR
DE COLOMBIA
Justo a tiempo

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicado

D | D | M | M | A | A | A | A

I. DATOS DEL TRÁMITE

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. Regimen 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)	

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

8. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			
9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo Biológico Femenino ☐ Masculino ☐	12. Sexo identificación T ☐ NB ☐ Otro ☐ F ☐ M ☐ Cual
13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	15. Fecha de Nacimiento D D M M A A A A	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI ☐ NO ☐	Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBÉN SI ☐ NO ☐	20. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	21. Grupo de población especial	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia Dirección Teléfono Fijo Teléfono Celular Correo electrónico			
Departamento Municipio/Distrito		Localidad/Comuna	Zona Cabecera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básico 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. Número del documento de identidad	30. Sexo Biológico Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo identificación T ☐ NB ☐ Otro ☐ F ☐ M ☐ 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 País Departamento Municipio	42. Fecha de Nacimiento D D M M A A A A
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

Datos complementarios

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de Poblacion 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							
51. Datos de residencia Departamento Municipio / Distrito			Zona Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)		
B1							
B2							
B3							
Dirección			Localidad / Comunidad		Correo Electrónico		
B1							
B2							
B3							
53. Nombre de la Institucion Prestadora de Servicios de Salud - IPS Primaria					54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)		
C							
B1							
B2							
B3							

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación Dirección Teléfono o Celular Correo electrónico Departamento Municipio/Distrito			

- ORIGINAL EPS -



EPS FAMILIAR
DE COLOMBIA
Justo a tiempo

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicado

D | D | M | M | A | A | A | A

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. | ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. | ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| ☐ 3. Actualización del documento de identidad. | ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo |
| ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. | ☐ B. Régimen Subsidiado |
| ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. | ☐ A. Mismo Régimen |
| Código <input type="text"/> | ☐ B. Diferente Régimen |
| ☐ 6. Reporte de pago a través de tercero. | ☐ 15. Traslado |
| ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | ☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia. |
| ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante. |
| ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. | ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. |
| ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones seguir cotizando. | ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado. |
| ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.. | ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria. |
| | ☐ 21. Retiro de contribución solidaria. |

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad			61. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo de identificación T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐	64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	
65. EPS anterior	66. Fecha novedad D D M M A A A A			67. Motivo de traslado Código		68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

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 los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 72. Autorización de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios 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. Declaración 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 vigentes 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 Decreto 1377 de 2013
- ☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes 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 la encuesta SISBEN vigente.

VIII. CONTRIBUCION 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 de identidad	Número de 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 ☐ PT
- Cantidad de documento de identidad 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 del 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 cual se declare la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total anexos

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

92. Identificación de la entidad territorial Codigo del Municipio Codigo del Departamento	93. Nombre de la institución
--	---

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

94. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad			95. Firma del funcionario			
96. Fecha de radicación D D M M A A A A		97. Fecha de validación D D M M A A A A					

OBSERVACIONES

Recuerde que con la firma del funcionario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

- ORIGINAL EPS -

