

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación

08022023



170077991

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

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 ☒ B. Colectiva ☐ D. De Oficio ☐ Beneficiario o Afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐
3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐
Código (a registrar por la EPS)	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Ortiz Segundo Apellido: Ortiz Primer Nombre: Lilia Segundo Nombre:			
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	8. Número del documento de identidad 40217091	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 11/2/06
III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos Personales			
11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC 1.160.000
18. Residencia Dirección: Cra 2 B no 13-126			Teléfono Fijo
Teléfono Celular 3125101150		Correo Electrónico nataliaortiz2002@hotmail.com	
Municipio / Distrito Funza	Zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / Comuna Gualí	Departamento C/morica

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR			
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante			
19. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:			
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales			
24. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:			
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios			
25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T P	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito: Zona: Urbana Rural Departamento: Teléfono Fijo y/o Celular:	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria	
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C B B B	Código de la IPS (a registrar por la EPS) A. Alta Salud de la Mercedes Lanza