

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



**FORMULARIO No.**

Número de Radicación

Fecha de Radicación

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

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

Página 1 de 2

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

**A. AFILIACIÓN**

**II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)**

6. Apellidos y nombres completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
-----------------	------------------	---------------	----------------

7. Tipo documento de identidad

8. Número de documento de identidad

9. Sexo  
Femenino  Masculino

10. Fecha de nacimiento 

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

**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. Ingresos base de cotización - IBC

18. Residencia

Dirección	Teléfono	Teléfono celular	Correo electrónico
Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad/Comuna	Departamento

**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 completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
-----------------	------------------	---------------	----------------

20. Tipo documento de identidad

21. Número de 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 completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
-----------------	------------------	---------------	----------------

B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

25. Tipo de documento de identidad

26. Número de documento de identidad

27. Sexo  
Femenino  Masculino

28. Fecha de nacimiento

B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

**Datos complementarios**

29. Parentesco

30. Etnia

31. Discapacidad  
Tipo 

F	N	M
---	---	---

 Condición 

T	P
---	---

B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

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

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C		
B		
B		
B		

**V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O 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 pagador a pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
-----------	----------	--------------------	--------------------	--------------

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

40. Tipo de Novedad

<input type="checkbox"/> 1. Modificación datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de los datos básicos de Identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.	<input type="checkbox"/> 13. Movilidad <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección datos complementarios.	<input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 14. Traslado <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen
<input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.	<input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
<input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	<input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de pensionado.

**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Sexo	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	Número de documento de identidad <input type="text"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>	42. Fecha <input type="text"/>

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción.

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. 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.

51. 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.

52. 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.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.

**VIII. FIRMAS**

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva. Institucional o de Oficio

**IX. ANEXOS**

56. Copia documento de identidad:  CN  RC  TI  CC  PA  CE  CD  SC

Cantidad  Total

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. 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.

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

62. 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.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. 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.

**X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio <input type="text"/> Código del Departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de radicación <input type="text"/>	69. Fecha de validación <input type="text"/>
--	--	--	--

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Número documento de identidad <input type="text"/>	71. Firma del funcionario <input type="text"/>	

**Observaciones:**

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.

# INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La información que se registre en este formulario es muy importante para el SGSSS, por favor, para su diligenciamiento, utilice tinta de color negro, escriba en letra de imprenta, sin tachones ni enmendaduras, y siga las instrucciones de este documento.

**Número de radicación:** Número que la EPS asigna en forma consecutiva a cada trámite que realizan los cotizantes, cabezas de familia, beneficiarios u otros autorizados.  
**Fecha de radicación:** Este dato corresponde a la fecha en que la EPS recibe físicamente el formulario de afiliación o de reporte de novedades, registrado generalmente con un fechador mecánico o eléctrico.

Quien realice el trámite debe verificar que la fecha registrada corresponda efectivamente a la fecha en que éste se realiza el trámite.

## CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE

Estos datos se refieren a la descripción de la operación, trámite o transacción que se realiza mediante la suscripción del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, por tanto, son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, empleador, entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o se reporte alguna novedad.

### 1. Tipo de trámite

**A. Afiliación:**  
 Aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.

**B. Reporte de novedades:**  
 Aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliado adicional, según el/los tipo(s) de novedades relacionadas en el campo 40.

### 2. Tipo de afiliación

**A. Individual:**  
 La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, entidades o instituciones.  
 Se debe colocar una X en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

**B. Colectiva:**  
 La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza el trámite, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

**C. Institucional:**  
 La opción Institucional aplica cuando la persona que se va a afiliarse se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.

**D. De oficio:**  
 La opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se rehúse a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarías de Familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.

**3. Régimen:**  
 Marque con una X, según si la afiliación o el reporte de la novedad se realiza en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado.

**4. Tipo de afiliado:**  
 Marque con una X la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad:

**Cotizante:** Aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en el Régimen Contributivo.

**Cabeza de familia:** Aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza del núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.

**Beneficiario:** Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.

**5. Tipo de cotizante:**  
 Marque con una X la opción que corresponda.  
**Dependiente:** Si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con este el pago de los aportes a salud y pensiones.  
**Independiente:** Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de sus aportes sino que los asume en la totalidad.  
**Pensionado:** Si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo.

**Código:** Este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.

**A. AFILIACIÓN**  
 Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.

- Diligenciar los datos del capítulo V, relativos al empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agremiación o congregación religiosa.
- Marcar con una X, en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.
- Diligenciar en el capítulo VIII Firmas, los campos 54 y 55 según el caso.

- Marcar con una X, en el capítulo IX, los documentos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliarse, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la IPS lo hacen en condición de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliarse, o si la persona que se va a afiliarse tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del artículo 35 del Decreto 2353 de 2015.
- Diligenciar los datos del capítulo V relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio. En el caso de Entidades Territoriales estas deberán registrar los datos del capítulo X.

- Marcar con una X en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 51, 52 y 53.
- Diligenciar el capítulo VIII Firmas, firmando en el campo 55 "Empleador, Autoridad o Entidad responsable para la afiliación colectiva, institucional o de oficio".
- Marcar con una X, en el capítulo IX, el documento de identidad de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliarse y los anexos que correspondan.

- Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

**CAPÍTULO II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN** (del cotizante o del cabeza de familia). Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante o cabeza de familia y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Estos son:

**6. Apellidos y nombres:**  
 Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

**7. Tipo de documento de identidad:**  
 Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE DOCUMENTO
CN	Certificado de Nacimiento. Es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicios (IPS) donde está inscrito el menor. Solo tiene validez para realizar la afiliación y mismo hasta el tercer mes de vida. Debe ser diligenciado por el registrador.
RC	Registro Civil de Nacimiento, es el documento expedido por una notaría pública civil con su identificación del artículo 27 del Código Civil. Debe ser diligenciado por el registrador.
TR	Tarjeta de Identidad, es el documento expedido por la Registración Nacional del Estado Civil con el cual se identifican los menores entre de edad entre 7 y 17 años. Debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía.
CC	Cédula de Ciudadanía, es el documento expedido por la Registración Nacional del Estado Civil con el cual se identifican las personas (18 años de edad).
CE	Cédula de Extranejería. Es el documento expedido por Migración Colombia, que le otorga a los extranjeros filiales de una visa especial o a un beneficiario, con base en el Registro de Extranjeros Filiales. La vigencia cubre un año a partir de su emisión (Diciembre).
PA	Pasaporte. Es el documento que acredita la identidad de un extranjero que surte con una visa para ingresar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranejería, y de los consiguientes requisitos de talbe.
CD	Carta Diplomática. Es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y obligaciones en representación de gobiernos extranjeros.
SC	Subsecundación. Es el documento que acredita la identidad de un extranjero que permanece en Colombia por autorización de Migración Colombia. Los extranjeros que deben permanecer en el país mientras resuelve su situación de otorgado o no otorgado. Tiene una validez de tres meses y debe ser renovado o sustituido por cédula de ciudadanía.

**8. Número del documento de identidad:**  
 Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identidad.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que el número registrado completo.

**9. Sexo:**  
 Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

**10. Fecha de nacimiento:**  
 Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad: día, mes y año.

## CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

**Datos personales:**  
 Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

**11. Etnia:**  
 En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

CÓDIGO	ETNIA
01	Indígena,
02	Rrom (gitano),
03	Racial (San Andrés y Providencia),
04	Palenquero (San Basilio de Palenque),
05	Negro(a), afrocolombiano(a)

**12. Discapacidad:**  
 Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

**Tipo de discapacidad:**  
 Marque con una X la opción: F: Física N: Neuro-sensorial M: Mental  
**Condición de discapacidad:**  
 Marque con una X la opción: T: Temporal P: Permanente.

**13. Puntaje SISBEN:**  
 Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta Sisben.

**14. Grupo de población especial:**  
 Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Si el cabeza de familia pertenece a un grupo de población especial debe colocar en el espacio el código correspondiente según la siguiente tabla:

CÓDIGO	GRUPO POBLACIONAL
02	Población vulnerable en riesgo de exclusión social por ser beneficiarios de la Ley 1448 de 2010.
03	Personas desahuciadas del conflicto armado o cargo público.
04	Personas desahuciadas del conflicto armado.
05	Personas que viven en zonas de protección o riesgo.
06	Personas que viven en zonas de protección o riesgo.
07	Comunidades indígenas.
08	Población flotante.
09	Población privada de la libertad, que no está a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.
10	Personas que deben de ser medidas comunitarias y sean beneficiarios del Fondo de Subsidio de Subistencia del Fondo de Subsidio Pensional.
11	Personas incluidas en el Registro Único de Identificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio venezolano.

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 08, 09, 11, 17, 18, 23, 24.

**15. Administradora de Riesgos Laborales — ARL:**  
 Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra afiliado.

**16. Administradora de Pensiones:**  
 Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

**17. Ingreso Base de Cotización — IBC:**  
 Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

**18. Residencia:**  
 Diligenciar los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completos.  
 - Teléfono (fijo o celular, o ambos)  
 - Correo electrónico  
 - Ciudad/Municipio o Distrito  
 - Localidad/Comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito  
 - Zona: urbana o rural donde se ubica su residencia

En el caso de Bogotá, D.C. debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D.C.  
**CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR**

**Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente cotizante.**  
 Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero (a) permanente también cotiza al SGSSS. Si éste no cotiza debe registrarse en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo IV en la fila de primer beneficiario (B1).

Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero (a) permanente está afiliado y cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

**19. Apellidos y nombres:**  
 Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

**20. Tipo de documento de identidad:**  
 Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.

**21. Número del documento de identidad:**  
 Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.

**22. Sexo:**  
 Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

**23. Fecha de nacimiento:**  
 Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales.  
 En las filas identificadas con los códigos B1, B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.

**24. Apellidos y nombres:**  
 Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

**25. Tipo de documento de identidad:**  
 Coloque en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.

**26. Número del documento de identidad:**  
 Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que el número registrado completo.

**27. Sexo:**  
 Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

**28. Fecha de nacimiento:**  
 Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.  
**Datos complementarios**

**29. Parentesco:**  
 En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

CÓDIGO	PARENTESCO	DESCRIPCIÓN PARENTESCO
01	Cónyuge	Con matrimonio formalizado por el matrimonio civil.
02	Compañero (a) permanente no incluido en la ley 1448 de 2010	Con unión marital de hecho.
03	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
04	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
05	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
06	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
07	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
08	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
09	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
10	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
11	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
12	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
13	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
14	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
15	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
16	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
17	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
18	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
19	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
20	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
21	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
22	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
23	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
24	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
25	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
26	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
27	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
28	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
29	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
30	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
31	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
32	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
33	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
34	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
35	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
36	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
37	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
38	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
39	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
40	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
41	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
42	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
43	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
44	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
45	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
46	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
47	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
48	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
49	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
50	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
51	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
52	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
53	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
54	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
55	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
56	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
57	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
58	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
59	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
60	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
61	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
62	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
63	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
64	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
65	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
66	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
67	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
68	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
69	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
70	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
71	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
72	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
73	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
74	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
75	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
76	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
77	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
78	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
79	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
80	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
81	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
82	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
83	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
84	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
85	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
86	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
87	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
88	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
89	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
90	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
91	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
92	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
93	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
94	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
95	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
96	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
97	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
98	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
99	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.
00	Hijo	Con filiación biológica o adoptiva.

CÓDIGO	PARENTESCO	DESCRIPCIÓN PARENTESCO
PC	Padres del cónyuge.	Qui no están parentescados y dependen económicamente del cónyuge, cuando éste no tiene como beneficiario al cónyuge con discapacidad permanente o a sus hijos.
MC	Menores de doce(12) años en custodia.	Empleados en custodia legal al cotizante o cabeza de familia, por su estado civil.
PA	Personas de cualquier edad que dependan económicamente del cónyuge y se encuentren en el grado de conyugalidad o en el estado de concubinato.	Personas de cualquier edad que dependan económicamente del cónyuge y se encuentren en el grado de conyugalidad o en el estado de concubinato.

**30. Etnia:**  
 Registre el código que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.

**31. Discapacidad:**  
 Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

**Tipo de discapacidad:**  
 Marque con una X la opción: F: Física N: Neuro-sensorial M: Mental  
**Condición de discapacidad:**  
 Marque con una X: T: Temporal P: Permanente.

**32. Datos de residencia:**  
 Estos datos aplican solo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residen en un municipio diferente al del cotizante.

- Municipio/Distrito
- Zona: urbana, rural
- Departamento
- Teléfono (fijo y/o celular)

**33. Valor de la UPC del afiliado adicional:**  
 Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado.

**Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS primaria**  
**34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud — IPS:**  
 Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presente la EPS, así:

- En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios que convivan con él en el régimen contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el régimen subsidiado.
- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, sólo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que reside en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

- La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.

**CAPÍTULO V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

Estos datos aplican a:

- El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y precooperativas de trabajo asociado, Cajas de Compensación Familiar, o cualquier otra entidad que trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las Instituciones o entidades responsables de hacer la

