

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIONES Y REGISTRO DE NOVEDADES



Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia  
 Avenida Central del Norte  
 Segundo Piso Edificio Administrativo  
 PBX: 7405626 Extensiones: 2582- 2558  
 Teléfono: (8) 7425269 Línea 24 horas Celular: 317 5140358

No. 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) Páginas 1 de 2

1. Tipo de Trámite		2. Tipó de Afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación <input type="checkbox"/>	B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	C. Institucional <input type="checkbox"/>	D. De Oficio <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		Código	
A. Cotizante <input type="checkbox"/>	B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/>	C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input type="checkbox"/>	B. Independiente <input type="checkbox"/>	C. Pensionado <input type="checkbox"/>

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
7. Tipo de documento de indentidad		8. Número de documento de identidad	
		9. Sexo	
		Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
10. Fecha de nacimiento			
D D M M A A A A			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales			
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	13. Grupo de población especial
	F N M		
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones	
		17. Ingreso base de cotización - IBC	

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

IV. DATOS DEL IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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		21. Número del documento de identidad	
		22. Sexo	
		Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
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			
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			
D D M M A A A A			
D D M M A A A A			
D D M M A A A A			
D D M M A A A A			

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad			
				Tipo		Condición	
				E	N	M	T R
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia			33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		
Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	
	Urbana	Rural			
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 pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación							
Dirección		Teléfono		Correo electrónico		Municipio/Distrito	
						Departamento	

