

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL-SGSSS



Fecha de Radicación					

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación B. Colectiva <input type="checkbox"/>		A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>		3. Régimen C. Contributivo <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"/>		D. De oficio <input type="checkbox"/>		B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	

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

6. Apellidos y nombres Londoño Sanchez Laura Victoria			
7. Tipo documento de Identidad <input type="checkbox"/>	8. Número del documento de Identidad 1017182285	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 21/05/1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia <input type="checkbox"/>		12. Discapacidad Tipo: F N M Condición: F P		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Positiva		16. Administradora de Pensiones Colpensiones		17. Ingreso base de Cotización - IBC 1600000		18. Residencia Cruz # 63 sur - 120 2994532 Sabaneta	
Dirección		Teléfono fijo		Teléfono Celular		Correo electrónico Antioquia	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres							
20. Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/>		21. Número del documento de identidad		22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		23. Fecha de nacimiento	

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		28. Fecha de nacimiento	
B1				Femenino	Masculino		
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios

29. Parentescos		30. Etnia		31. Discapacidad			
B1				Tipo: F N M		Condición	
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia		Zona		Departamento	
B1	Municipio/Distrito	Urbana	Rural		
B2					
B3					
B4					
B5					

Coomeva EPS

Teléfono fijo y/o celular: (La registrar por la EPS)

09 MAY 2017

Asesórfi
Firma: **RECIBIDO**

Código de la EPS a registrar por la EPS

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de los Servicios de Salud - IPS	
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 Aoxlab SAS		36. Tipo de documento de identificación <input type="checkbox"/>		37. Número del documento de identificación 900567821		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación C11327# 0670-112		Teléfono 4447286		Medellín		Antioquia	
Dirección				Municipio/Distrito		Departamento	