

Registrarse en la Plataforma del Ministerio de Salud es muy fácil...

1.

Ingresa a
<https://misesguridadsocial.gov.co/>

ve al icono

Crear usuario
Comenzar registro ciudadano

y completa tus datos básicos

DATOS BÁSICOS

| | | | |
|---|---|--|---|
| Tipo de documento (*) | Número de documento (*) | Fecha de Expedición (*) | Sexo (*) |
| <input type="text" value="Tipo de documento"/> | <input type="text" value="Ejemplo: 1052301879"/> | <input type="text" value="AAAA-MM-DD"/> | <input type="text" value="Sexo"/> |
| <small>Seleccione su tipo de documento de identificación, Ej. Cédula de ciudadanía</small> | <small>Escriba su número de documento de identificación sin puntos, comas ni espacios</small> | <small>Escriba o seleccione en el calendario la fecha de expedición de su documento. (Ejemplo: 2000-12-31)</small> | <small>Seleccione su sexo. Ej. Mujer</small> |
| Primer Nombre (*) | Segundo Nombre | Primer Apellido (*) | Segundo Apellido |
| <input type="text" value="Ejemplo: María"/> | <input type="text" value="Ejemplo: Del Pilar"/> | <input type="text" value="Ejemplo: Herrera"/> | <input type="text" value="Ejemplo: León"/> |
| <small>Escriba su primer nombre. Ej. María</small> | <small>Escriba su segundo nombre. Ej. Del Pilar</small> | <small>Escriba su primer apellido. Ej. Herrera</small> | <small>Escriba su segundo apellido. Ej. León</small> |
| Fecha de nacimiento (*) | Correo (*) | Confirmación del correo electrónico (*) | ¿Acepta los términos y condiciones de uso? (*) |
| <input type="text" value="AAAA-MM-DD"/> | <input type="text" value="Ejemplo: micorreoelectronico@dominio.com"/> | <input type="text" value="Ejemplo: correoelectronico@dominio.com"/> | <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No acepto |
| <small>Escriba o seleccione en el calendario la fecha de nacimiento. Ej. 2000-12-31</small> | <small>Escriba su correo electrónico. Ejemplo: correoelectronico@dominio.com</small> | <small>Escriba su correo electrónico. Ejemplo: correoelectronico@dominio.com</small> | <small>Seleccione si está de acuerdo con los términos y condiciones</small> |

2.

- ✓ **Responde con atención y veracidad las preguntas que validan tu identidad**
- ✓ **Completa tus datos de contacto**
- ✓ **Por ningún motivo hagas más de *DOS* intentos. Mejor contacta por WhatsApp 3168659773 a la funcionaria de S&C Nidia Ramírez**

Seleccione la respuesta correcta

Actualmente usted se encuentra identificado como población perteneciente a(*)

Personas privadas de la libertad

Adultos mayores en centros de reclusión

Población infantil abandonada a cargo del ICBF

No Aplica

Seleccione la Administradora de Riesgos Laborales - ARL a la que realizó su último aporte (*)

Cia. De Seguros Bolívar S.a.

Positiva Compañía De Seguros

Bvva Seguros De Vida Colombia S.a

No Aplica

DATOS DE CONTACTO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Departamento (*) | Municipio (*) | Zona (*) | Localidad |
| <input type="text" value="Seleccione departamento"/> | <input type="text" value="Seleccione municipio"/> | <input type="text" value="Seleccione zona"/> | <input type="text" value="Ej. Chaparral"/> |
| <small>Seleccione el departamento de donde es afiliado</small> | <small>Seleccione el municipio de donde es afiliado</small> | <small>Seleccione la zona de donde es afiliado</small> | <small>Seleccione la localidad de donde es afiliado</small> |
| Seleccione su dirección de contacto (*) | | Teléfono (*) | Celular (*) |
| <input type="text" value="Ej. Calle 12 - 3"/> | | <input type="text" value="Ej. 31234567"/> | <input type="text" value="Ej. 9991234567"/> |
| <small>Ingrese su dirección de contacto. Ej. Calle 12 - 3</small> | | <small>Ingrese su número de teléfono. Ej. 31234567</small> | <small>Ingrese su número de celular. Ej. 9991234567</small> |
| ¿Acepta que el Ministerio de Salud y Promoción Social le envíe información a su correo electrónico? (*) | | ¿Acepta que el Ministerio de Salud y Promoción Social le envíe información a su teléfono móvil? (*) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No acepto | | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No acepto | |
| <small>Seleccione si acepta o no que el Ministerio de Salud y Promoción Social le envíe información a su correo electrónico</small> | | <small>Seleccione si acepta o no que el Ministerio de Salud y Promoción Social le envíe información a su teléfono móvil</small> | |
| <input type="button" value="Cancelar"/> | | <input type="button" value="Continuar"/> | |

3.

- ✓ **Consulta el correo que colocaste en tu registro y asigna la contraseña**
- ✓ **Recuerda siempre tu usuario y contraseña para que accedas a la plataforma cada vez que lo necesites para consultar todos tus temas de *SEGURIDAD SOCIAL***

y Listo, estás registrado!!