

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

I. DATOS DEL TRÁMITE

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	05/12/2018

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres Primer apellido: GRISALES Segundo apellido: ARISTIZABAL Primer nombre: ABEL Segundo nombre: ANDRES	7 Tipo documento de identidad: C.C.	8. Número del documento de identidad: 1.094.914.888	9 Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10 Fecha de nacimiento: 08/09/1990
---	-------------------------------------	---	---	------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11 Etnia	12 Discapacidad	13 Puntaje SISBÉN	14 Grupo de afiliación especial
	Tipo FNM Condición TP		
15 Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA	16 Administradora de Pensiones: PORVENIR	17 Ingreso base de cotización - IBC: \$781.242=	
18. Residencia: CALLE 26 # 16-19 Dirección: ARMENIA Municipio/Distrito: ARMENIA	Teléfono fijo: 3187919651 Teléfono celular: Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Correo electrónico: QUINDIO Departamento: QUINDIO	

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:	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:	25 Tipo de documento de identidad:	26 Número del documento de identidad:	27 Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28 Fecha de nacimiento:
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29 Parentesco	30 Etnia	Tipo: F N M Condición: Y P			
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					
32 Datos de residencia Municipio/Distrito: Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	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: Corporacion Mi Ips Eje Cafetero - Ips Prado Armenia	Código de la IPS (a registrar por la EPS): 1017
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: CASA LIMPIA CALI SAS	36 Tipo de documento de identificación: NIT	37 Número de documento de identificación: 901.190.153	38 Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): 2
39 Ubicación: CARRERA 40 N 54-41 VILLA LILIANA	Teléfono: 7396322	Correo electrónico:	Municipio/Distrito: ARMENIA Departamento: QUINDIO

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

40. Tipo de Novedad	
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad. <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS. <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 13. Movilidad <input type="checkbox"/> A Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 14. Traslado <input type="checkbox"/> A Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento. <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante. <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. <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	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	0 1 1 2 2 0 1 8
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
		Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. <input checked="" type="checkbox"/> 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. <input checked="" type="checkbox"/> 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. <input checked="" type="checkbox"/> 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. <input checked="" type="checkbox"/> 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
--

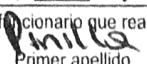
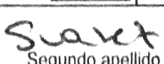
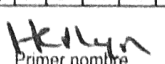
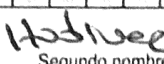
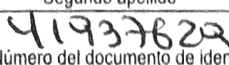
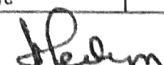
VIII. FIRMAS

	
---	--

IX. ANEXOS

<input checked="" type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> Total: 1
<input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. <input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 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	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>	Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <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 del documento de identidad: 	71. Firma del funcionario: 	

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.

Ten encuenta
los siguientes
TIPS:

- Diligencíalo con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligencia los espacios sin tachones ni enmendaduras.
- Marca las casillas únicamente con una X.
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los códigos.
- Asesorate con uno de los consultores de esta oficina.
- Consulta el instructivo en www.medimas.com.co