



## 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

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) <b>1</b>	

## A. AFILIACIÓN

6 Apellidos y nombres Primer apellido <b>MURILLO</b> Segundo apellido <b>DUQUE</b> Primer nombre <b>LEIDY</b> Segundo nombre <b>VIVIANA</b>		7 Tipo documento de identidad <b>C.C.</b>		8 Número del documento de identidad <b>1.094.934.858</b>		9 Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		10 Fecha de nacimiento <b>2   3   0   4   1   9   9   3</b>	
---	--	---	--	--	--	---	--	---	--

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11 Etnia <input type="checkbox"/>		12 Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		13 Puntaje SISBÉN <input type="checkbox"/>		14 Grupo de población especial <input type="checkbox"/>	
15 Administradora de Riesgos Laborales - ARL <b>SURA</b>		16 Administradora de Pensiones <b>PORVENIR</b>		17 Ingreso base de cotización - IBC <b>\$781.242=</b>			
18 Residencia Dirección <b>NUEVA LIBERTAD MZ 22 CASA 4</b> Municipio/Distrito <b>ARMENIA</b> Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Localidad/Comuna <b>QUINDIO</b> Departamento <b>QUINDIO</b>		Teléfono fijo <b>3015558697</b> Teléfono celular <b>3015558697</b> Correo electrónico <b>QUINDIO</b>					

## 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 <input type="checkbox"/> Segundo apellido <input type="checkbox"/> Primer nombre <input type="checkbox"/> Segundo nombre <input type="checkbox"/>		20 Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/>		21 Número del documento de identidad <input type="checkbox"/>		22 Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		23 Fecha de nacimiento <input type="checkbox"/>	
--	--	--	--	---	--	---	--	---	--

## Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24 Apellidos y nombres Primer apellido <b>PEREZ</b> Segundo apellido <b>SOTO</b> Primer nombre <b>BRAYAN</b> Segundo nombre <b>STIVEN</b>		25 Tipo de documento de identidad <b>C.C.</b>		26 Número del documento de identidad <b>1112788044</b>		27 Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		28 Fecha de nacimiento <b>2   6   0   8   1   9   9   6</b>	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

## Datos complementarios

29 Parentesco <b>C.P.</b>		30 Etnia <input type="checkbox"/>		Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					
32 Datos de residencia Municipio/Distrito <b>ARMENIA</b> Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento <b>QUINDIO</b> Teléfono Fijo y/o celular <b>3015558697</b>		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 <b>Corporacion Mi Ips Eje Cafetero - Ips Prado Armenia</b>		Código de la IPS (a registrar por la EPS) <b>1017</b>	
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 <b>AFISS CALI SAS</b>		36 Tipo de documento de identificación <b>NIT</b>		37 Número de documento de identificación <b>901103057</b>		38 Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) <b>2</b>	
39 Ubicación Dirección <b>CARRERA 15 N 6-31</b> Teléfono <b>2165283</b> Correo electrónico <b>asesoriasintegralespinillas@outlook.com</b>		<b>CAICEDONIA</b> Municipio/Distrito		<b>VALLE</b> Departamento			

## B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

<b>40. Tipo de Novedad</b> <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 Subsidado <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

<b>41. Datos básicos de identificación</b> Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/> Primer nombre <input type="text"/> Segundo nombre <input type="text"/>	
Tipo documento de identidad <input type="text"/> Número del documento de identidad <input type="text"/> Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento <input type="text"/>	<b>42. Fecha</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>43. EPS anterior</b> <input type="text"/>	<b>44. Motivo de traslado</b> <input type="text"/> Código <input type="text"/>
<b>45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones</b> <input type="text"/>	

### 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
--

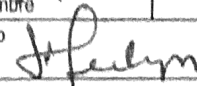
### VIII. FIRMAS

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

<input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad Cantidad <input type="text"/>	<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

<b>66. Identificación de la Entidad Territorial</b> Código del Municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>	<b>67. Datos del SISBÉN</b> Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	<b>68. Fecha de radicación</b> <input type="text"/>	<b>69. Fecha de validación</b> <input type="text"/>
<b>70. Datos del funcionario que realiza la validación</b> Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/> Primer nombre <input type="text"/> Segundo nombre <input type="text"/>	<b>71. Firma del funcionario</b> 		

### 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 en cuenta  
los siguientes  
TIPS:

- Diligencielo 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](http://www.medimas.com.co)