



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

## A. AFILIACIÓN

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

|   |  |   |  |  |  |  |  |
|---|--|---|--|--|--|--|--|
| 6. Apellidos y nombres<br>Primer apellido <b>VARGAS</b>   |  | Segundo apellido <b>GOMEZ</b>                             |  | Primer nombre <b>MABEL</b>   |  | Segundo nombre <b>LORENA</b>                                 |  |
| 7. Tipo documento de identidad <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">C.C.</span> |  | 8. Número del documento de identidad <b>1.005.093.160</b> |  | 9. Sexo<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |  | 10. Fecha de nacimiento <b>1   8   0   8   1   9   8   6</b> |  |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

|   |  |  |  |   |  |  |  |
|---|--|--|--|---|--|--|--|
| 11. Etnia <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>                    |  | 12. Discapacidad<br>Tipo <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">F N M</span> Condición <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">T P</span> |  | 13. Puntaje SISBÉN <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span> |  | 14. Grupo de población especial <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span> |  |
| 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 <b>BLOQUE 1 APTO 305</b><br>Dirección <b>ARMENIA</b><br>Municipio/Distrito |  | 7446187<br>Teléfono fijo   |  | 3108463521<br>Teléfono celular  |  | Correo electrónico <b>QUINDIO</b><br>Departamento  |  |

## 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<br>Primer apellido  |  | Segundo apellido                      |  | Primer nombre  |  | Segundo nombre  |  |
| 20. Tipo de documento de identidad <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span> |  | 21. Número del documento de identidad |  | 22. Sexo<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |  | 23. Fecha de nacimiento <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">               </span> |  |

## 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                                 | <b>CASTAÑO</b> |                                       | <b>VARGAS</b>     |                  | <b>LAURA</b> |                         | <b>CAMILA</b> |                |          |
| B2                                 | <b>CASTAÑO</b> |                                       | <b>VARGAS</b>     |                  | <b>ANA</b>   |                         | <b>SOFIA</b>  |                |          |
| B3                                 |                |                                       |                   |                  |              |                         |               |                |          |
| B4                                 |                |                                       |                   |                  |              |                         |               |                |          |
| B5                                 |                |                                       |                   |                  |              |                         |               |                |          |
| 25. Tipo de documento de identidad |                | 26. Número del documento de identidad |                   | 27. Sexo         |              | 28. Fecha de nacimiento |               |                |          |
| B1                                 | <b>T.I.</b>    |                                       | <b>1005092303</b> |                  | <b>X</b>     |                         | <b>1</b>      | <b>2</b>       | <b>0</b> |
| B2                                 | <b>T.I.</b>    |                                       | <b>1094923825</b> |                  | <b>X</b>     |                         | <b>2</b>      | <b>6</b>       | <b>1</b> |
| B3                                 |                |                                       |                   |                  |              |                         |               |                |          |
| B4                                 |                |                                       |                   |                  |              |                         |               |                |          |
| B5                                 |                |                                       |                   |                  |              |                         |               |                |          |

## Datos complementarios

|   |                |           |  |                |          |                           |          |   |  |
|---|----------------|-----------|--|----------------|----------|---------------------------|----------|---|--|
| 29. Parentesco                                |                | 30. Etnia |  | Tipo           |          | Condición                 |          |   |  |
| B1  | <b>H.I.</b>    |           |  | <b>F</b>       | <b>N</b> | <b>M</b>                  | <b>T</b> |   |  |
| B2  | <b>H.I.</b>    |           |  |                |          |                           |          |   |  |
| B3  |                |           |  |                |          |                           |          |   |  |
| B4  |                |           |  |                |          |                           |          |   |  |
| B5  |                |           |  |                |          |                           |          |   |  |
| 32. Datos de residencia<br>Municipio/Distrito |                | Zona      |  | Departamento   |          | Teléfono Fijo y/o celular |          | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |  |
| B1  | <b>ARMENIA</b> | <b>X</b>  |  | <b>QUINDIO</b> |          | <b>3108463521</b>         |          |   |  |
| 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) |             |
| <b>C</b>  | <b>Corporacion Mi Ips Eje Cafetero - Ips Prado Armenia</b> |   | <b>1017</b> |
| <b>B</b>  |  |   |             |
| <b>B</b>  |  |   |             |
| <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 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">NIT</span> |  | 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 <b>CARRERA 15 N 6-31</b><br>Dirección |  | <b>2165283</b><br>Teléfono  |  | <b>asesoriasintegralespinillas@outlook.com</b><br>Correo electrónico |  | <b>CAICEDONIA</b><br>Municipio/Distrito  |  |
|   |  |   |  |  |  | <b>VALLE</b><br>Departamento   |  |

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>40. Tipo de Novedad</b><br><input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.<br><input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.<br><input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.<br><input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.<br><input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar<br><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<br><input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas<br><input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo<br><input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado<br><input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen<br><input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen<br><input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.<br><input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante.<br><input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado<br><input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado. |  |
|--|--|--|--|

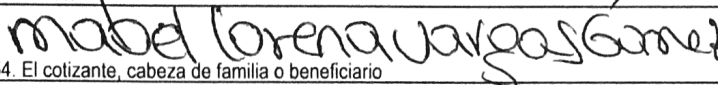
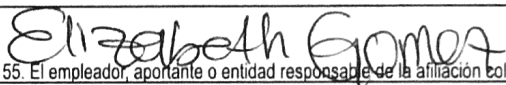
**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

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

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

|   |
|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.<br><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.<br><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.<br><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.<br><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.<br><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.<br><input checked="" type="checkbox"/> 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. |
|---|

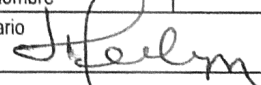
**VIII. FIRMAS**

|   |  |
|---|--|
| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario<br> | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio<br> |
|---|--|

**IX. ANEXOS**

|   |
|---|
| <input 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 <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.<br><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.<br><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.<br><input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.<br><input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.<br><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.<br><input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.<br><input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><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><br>Código del Municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>   |  | <b>67. Datos del SISBÉN</b><br>Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/> |  | <b>68. Fecha de radicación</b><br><input type="text"/> |  | <b>69. Fecha de validación</b><br><input type="text"/>  |  |
| <b>70. Datos del funcionario que realiza la validación</b><br>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"/> |  | <b>71. Firma del funcionario</b><br> |  |

**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**