

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) 1	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Primer apellido TREJOS Segundo apellido RAMIREZ		7. Tipo documento de identidad C.C.		8. Número del documento de identidad 24.580.315	
9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento 03/11/01		11. Fecha de nacimiento 03/11/01	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia <input type="text"/>		12. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>		13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>	
14. Grupo de población especial <input type="text"/>		15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SURA		16. Administradora de Pensiones PORVENIR	
17. Ingreso base de cotización - IBC \$781.242=		18. Residencia Dirección CARRERA 27 N 34 20 APTO 101 Teléfono fijo 7432305 Teléfono celular 3128572795		19. Correo electrónico QUINDIO	
20. Municipio/Distrito ARMENIA		21. Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		22. Localidad/Comuna 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 <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/>		20. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		21. Número del documento de identidad <input type="text"/>	
22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		23. Fecha de nacimiento <input type="text"/>		24. Fecha de nacimiento <input type="text"/>	

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

24. Apellidos y nombres Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/>		25. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		26. Número del documento de identidad <input type="text"/>	
27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		28. Fecha de nacimiento <input type="text"/>		29. Fecha de nacimiento <input type="text"/>	
30. Fecha de nacimiento <input type="text"/>		31. Fecha de nacimiento <input type="text"/>		32. Fecha de nacimiento <input type="text"/>	
33. Fecha de nacimiento <input type="text"/>		34. Fecha de nacimiento <input type="text"/>		35. Fecha de nacimiento <input type="text"/>	
36. Fecha de nacimiento <input type="text"/>		37. Fecha de nacimiento <input type="text"/>		38. Fecha de nacimiento <input type="text"/>	

Datos complementarios

29. Parentesco <input type="text"/>		30. Etnia <input type="text"/>		31. Tipo <input type="text"/>	
32. Datos de residencia Municipio/Distrito <input type="text"/>		33. Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		34. Departamento <input type="text"/>	
35. Teléfono Fijo y/o celular <input type="text"/>		36. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <input type="text"/>		37. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <input type="text"/>	
38. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <input type="text"/>		39. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <input type="text"/>		40. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <input type="text"/>	
41. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <input type="text"/>		42. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <input type="text"/>		43. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <input type="text"/>	

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	
35. C		36. B	
37. B		38. 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 AFISS CALI SAS		36. Tipo de documento de identificación NIT		37. Número de documento de identificación 901103057	
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 2		39. Ubicación CARRERA 15 N 6-31		40. Teléfono 2165283	
41. Correo electrónico asesoriasintegralspinillas@outlook.com		42. Municipio/Distrito CAICEDONIA		43. Departamento VALLE	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. | <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. | <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad | <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios | <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen |
| <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS | <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento. |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante. |
| <input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado. |

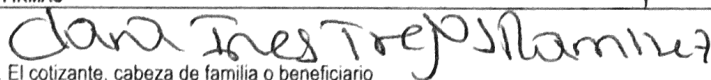
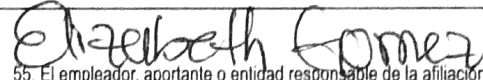
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad <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	42. Fecha			
				1 5 1 1 2 0 1 8			
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado <input type="text"/>		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			
		Código <input type="text"/>					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
- ☐ 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.
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☒ 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.
- ☒ 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.
- ☒ 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.
- ☒ 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:	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total <input type="text"/>
Cantidad:	<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="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		71. Firma del funcionario					
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"/>					

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:

- Diligencio 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