



## 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) <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 Primer apellido <b>CEPEDA</b>		Segundo apellido <b>ECHEVERRI</b>		Primer nombre <b>JUAN</b>		Segundo nombre <b>SEBASTIAN</b>	
7. Tipo documento de identidad <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">C.C.</span>		8. Número del documento de identidad <b>1.094.928.254</b>		9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento <b>0   9   0   6   1   9   9   2</b>	

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

## Datos personales

11. Etnia <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>		12. Discapacidad Tipo <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">F N M</span> Condición <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">I 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>PROTECCION</b>		17. Ingreso base de cotización - IBC <b>\$781.242=</b>			
18. Residencia Dirección <b>KM 1 VIA LA BELLA</b>		Teléfono fijo <b>3128640930</b>		Teléfono celular <b>3103730656</b>		Correo electrónico <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>	
<b>ARMENIA</b> Municipio/Distrito		Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad/Comuna <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>		<b>QUINDIO</b> 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 Primer apellido <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>		Segundo apellido <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>		Primer nombre <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>		Segundo nombre <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>	
20. Tipo de documento de identidad <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>		21. Número del documento de identidad <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>		22. Sexo 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									
B2									
B3									
B4									
B5									

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				<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>
B2				<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>
B3				<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>
B4				<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>
B5				<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>

## Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		Tipo F N M T P		Condición F N M T P	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia Municipio/Distrito <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Departamento <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>		Teléfono Fijo y/o celular <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>	
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>	
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 Dirección <b>CARRERA 15 N 6-31</b>		Teléfono <b>2165283</b>		Correo electrónico <b>asesoriasintegralespinillas@outlook.com</b>		Municipio/Distrito <b>CAICEDONIA</b>	
						Departamento <b>VALLE</b>	

**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"/> <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"/> <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	Fecha de nacimiento	42. Fecha			
				1	5	1	1
				2	0	1	8
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones				

**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 *Juan Sebastián Cepeda E*

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio *Elizabeth Gomez*

**IX. ANEXOS**

☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: ☐ CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC Total

Cantidad:

☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

☐ 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.

☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

☐ 62. Documento en el 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.

☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

☐ 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 SISBEN		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 <i>Donila</i>	Segundo apellido <i>Sant</i>	Primer nombre <i>Henry</i>	Segundo nombre <i>Habner</i>				
Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad <i>41937629</i>						

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