



## 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

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

6 Apellidos y nombres Primer apellido <b>MARTINEZ</b> Segundo apellido <b>CORTINEZ</b>		7 Tipo documento de identidad <b>C.C.</b>		8. Número del documento de identidad <b>1.094.937.860</b>	
9 Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		10 Fecha de nacimiento <b>11/05/1993</b>		11 Primer nombre <b>KATHERINE</b> Segundo nombre <b>GISELL</b>	

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11 Etnia <input type="checkbox"/>		12 Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <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>CALLE 10 N. 18-76</b> Municipio/Distrito <b>ARMENIA</b>		Teléfono fijo <b>7344571</b>		Teléfono celular <b>3174310501</b>		Correo electrónico <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 <input type="checkbox"/> Segundo apellido <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>MARTINEZ</b> Segundo apellido <b>VALENCIA</b>		Primer nombre <b>JOHN</b> Segundo nombre <b>JAIR</b>	
B1 <b>CORTINEZ</b> Segundo apellido <b>HENAO</b>		Primer nombre <b>DIANA</b> Segundo nombre <b>LINEY</b>	
B2			
B3			
B4			
B5			
25 Tipo de documento de identidad		26 Número del documento de identidad	
B1 <b>C.C.</b>		<b>7560834</b>	
B2 <b>C.C.</b>		<b>21939367</b>	
B3			
B4			
B5			
27 Sexo		28 Fecha de nacimiento	
Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		<b>21/01/1917</b>	
B1 <b>X</b>		<b>01/11/1918</b>	
B2			
B3			
B4			
B5			

## Datos complementarios

29 Parentesco		30 Etnia		Tipo		Condición	
B1 <b>P.D.</b>				F		B	
B2 <b>P.D.</b>				M		Y	
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>		33 Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1 <b>ARMENIA</b>		<b>X</b>		<b>3174310501</b>			
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>	
B1			
B2			
B3			

## 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>asesoriasintegralspinillas@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.   |

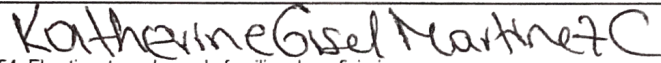
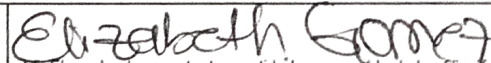
**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

41. Datos básicos de identificación		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**

- ☒ 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**

56. Anexo copia del documento de identidad:	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
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="text"/>

☐ 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 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 SISBÉN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

70. Datos del funcionario que realiza la validación		71. Firma del funcionario	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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:

- 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**