



## 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 type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input 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 type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS) <input type="text"/>	

## A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres Primer apellido: POSADA Segundo apellido: GONZALEZ		7. Tipo documento de identidad: CE		8. Número del documento de identidad: 71218446	
9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento: 19/11/1979			

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: CUMANA		16. Administradora de Pensiones: PROTECCION		17. Ingreso base de cotización - IBC: 2000.00			
18. Residencia: C/ 113 # 75-38		Teléfono fijo: 3108361177		Teléfono celular: 3108361177		Correo electrónico: edunposada81@gmail.com	
Municipio/Distrito: MEDALLA		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad/Comuna: AMBATO		Departamento: AMBATO	

## 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: Segundo apellido: Primer nombre: Segundo nombre:		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"/>	
--	--	--	--	---	--	--	--	---	--

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

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	D	M
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

## Datos complementarios

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

32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular
B1			
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)	
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: PORTICOS INGENIERIA CIVIL SAS		36. Tipo de documento de identificación: NT		37. Número de documento de identificación: 840933199-1		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS):	
39. Ubicación: CRA 38 # 2502-72		Teléfono: 3108366		Correo electrónico: lloxitaneporticos.co		Municipio/Distrito: MEDALLA	
Dirección:						Departamento: AMBATO	



## 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 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		
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:

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

- 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)