



**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D   D   M   M   A   A   A   A

**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)

**A. AFILIACIÓN**

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

6. Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo <b>F N M</b> Condición <b>T P</b>	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC	
18. Residencia Dirección		Teléfono fijo	Teléfono celular
Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad/Comuna	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	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A

**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 Masculino	28. Fecha de nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A
B1			D   D   M   M   A   A   A   A
B2			D   D   M   M   A   A   A   A
B3			D   D   M   M   A   A   A   A
B4			D   D   M   M   A   A   A   A
B5			D   D   M   M   A   A   A   A

**Datos complementarios**

29. Parentesco	30. Etnia	Tipo F N M T P			
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					
32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección		Teléfono	Correo electrónico
			Municipio/Distrito
			Departamento

### 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 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"/>	D   D   M   M   A   A   A   A	D	D	M	M
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		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"/>	D   D   M   M   A   A   A   A	D	D	
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 encuentra 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)