


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 ☐ B. Reporte de Novedades ☐		2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐		3. Régimen A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐		5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		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 ☐ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo Condición		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		Correo electrónico	
Municipio/Distrito		Zona Urbana ☐ Rural ☐		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 ☐ Masculino ☐	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			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		Tipo F N M T P		Condición	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
32. Datos de residencia Municipio/Distrito		Zona Urbana ☐ Rural ☐		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		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	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. | ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. | ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| ☐ 3. Actualización del documento de identidad. | ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo |
| ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. | ☐ B. Régimen Subsidiado |
| ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/> | ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen |
| ☐ 6. Reinscripción en la EPS. | ☐ B. Diferente Régimen |
| ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | ☐ 15. Reporte de fallecimiento. |
| ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante. |
| ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar | ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. |
| ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | ☐ 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			
		Femenino ☐ Masculino ☐					
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado		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
- ☐ 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			
70. Datos del funcionario que realiza la validación		71. Firma del funcionario					
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre				

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:

- Diligéncialo 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**