

## B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

## 40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS.
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo  
☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen  
☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 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 de Documento de Identidad |  | Número de documento de Identidad |  | Sexo<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |  | Fecha de nacimiento                                      |  |
| 42. Fecha                      |  | 43. EPS anterior                 |  | 44. Motivo de traslado<br>Código                              |  | 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 acrediten 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 información que se genere de la afiliación o del reporte de no novedades o la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la regularan.
- ☐ 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 mensaje de texto.

## VIII. FIRMAS

54. 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  
Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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<br>Código del Municipio Código del departamento |  | 67. Datos del SISBÉN<br>Número de ficha Puntaje Nivel |  | 68. Fecha de radicación |  |
| 69. Fecha de Validación                                                                      |  |                                                       |  |                         |  |
| 70. Datos del funcionario que realiza la validación                                          |  |                                                       |  |                         |  |
| Tipo documento de identidad                                                                  |  | 71. Firma del funcionario                             |  |                         |  |

OBSERVACIONES:

- EMPLEADOR -

FT-GE-008

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

|                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                  |  |                                                                            |  |                                                                                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Tipo de Trámite<br>A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Novedad <input type="checkbox"/>                                                    |  | 2. Tipo de Afiliación<br>A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/>            |  | No. De Radicación<br><b>1588651</b>                                        |  | Fecha de Radicación<br><b>22/11/2011</b>                                                      |  |
| 4. Tipo de afiliado<br>A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> |  | 5. Tipo de cotizante<br>A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/> |  | Beneficiario o afiliado adicional<br>D. De oficio <input type="checkbox"/> |  | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/> |  |
| Codigo a registrar por la EPS                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                  |  |                                                                            |  |                                                                                               |  |

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

|                                        |  |                                                |  |                                                         |  |                                                                             |  |                                              |  |
|----------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|
| 6. Apellidos y nombres<br><b>Perez</b> |  | 7. Tipo de documento de identidad<br><b>CC</b> |  | 8. Número de documento de identidad<br><b>110491330</b> |  | 9. Sexo<br>F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> |  | 10. Fecha de nacimiento<br><b>11/11/1971</b> |  |
|----------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

|                                                              |  |                                                                        |  |                                                       |  |                                 |  |
|--------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| 11. Etnia                                                    |  | 12. Discapacidad                                                       |  | 13. Puntaje SISBEN                                    |  | 14. Grupo de población especial |  |
| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br><b>Alfa</b> |  | 16. Administradora de Pensiones<br><b>Colpatria</b>                    |  | 17. Ingreso base de cotización - IBC<br><b>908576</b> |  |                                 |  |
| 18. Residencia<br><b>Cra 131 Hsu-3H</b>                      |  | Zona<br>Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> |  |                                                       |  |                                 |  |

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR**

|                                            |  |                       |  |                                      |  |                                                                   |  |                         |  |
|--------------------------------------------|--|-----------------------|--|--------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|
| 19. Apellidos y nombres<br>Primer apellido |  | 20. Tipo de documento |  | 21. Número de documento de identidad |  | 22. Sexo<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |  | 23. Fecha de nacimiento |  |
|--------------------------------------------|--|-----------------------|--|--------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|

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

|                         |                 |                                    |                  |                                      |               |                                                                   |                |                         |               |
|-------------------------|-----------------|------------------------------------|------------------|--------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------|---------------|
| 24. Apellidos y nombres |                 | 25. Tipo de Documento de Identidad |                  | 26. Número de documento de Identidad |               | 27. Sexo<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |                | 28. Fecha de Nacimiento |               |
| B1                      | Primer Apellido | B2                                 | Segundo Apellido | B3                                   | Primer Nombre | B4                                                                | Segundo Nombre | B5                      | Tercer Nombre |

**Datos complementarios**

|                                                                                                                                                             |  |                                                                     |  |                                                                                                                                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 29. Parentesco                                                                                                                                              |  | 30. Etnia                                                           |  | 31. Discapacidad<br>Tipo: F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición: Y <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> |  |
| 32. Datos de residencia<br>Municipio/Distrito: Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento: Teléfono Fijo y/o celular: |  | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |  |                                                                                                                                                                             |  |

**Selección de la IPS Primaria**

|                                                                                         |  |                                                           |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|
| 34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS<br><b>Municipal</b> |  | Codigo de la IPS (a registrar por la EPS)<br><b>91138</b> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|

**V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES 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 identificación |  | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |  |
|---------------------------|--|-----------------------------------------|--|------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|