

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 documento de identificación NIT CC TI PA CE CD	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección			Teléfono Fijo
Correo Electrónico		Municipio / Distrito	Departamento

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	☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ 3. Actualización del documento de identidad.	☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen	☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	☐ 15. Reporte de fallecimiento.	☐ B. Diferente Régimen
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.	☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante	
Código	☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.	
☐ 6. Reinscripción en la EPS.	☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado	
☒ 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 la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando		

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD							
41. Datos básicos de identificación		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		Sexo		Fecha de nacimiento	
CN TI CE CD RC CC PA SC				Femenino Masculino		D D M M A A A A	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado		45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones			
Código		Código					

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, institución 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		67. Datos del SISBÉN		68. Fecha de Radicación		69. Fecha de Validación	
Código del Municipio		Código del Departamento		Número de ficha		Puntaje	

70. Datos del funcionario que realiza la validación		71. Firma del Funcionario	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento		Número de documento de identidad	

Observaciones:	
Independiente	

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.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
--	---------------------	-----------------------