

I. DATOS DEL TRÁMITE		No. De Radicación 2102683	Fecha de Radicación 22/06/2023
1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Novedad <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código a registrar por la EPS <input type="text"/>	

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres V. A. D. R. A. N. G. U. I. D. I. A. P. A. U. A.			
7. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	8. Número de documento de identidad 28966901	9. Sexo F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 11/02/1929

III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos personales			
11. Etnia <input type="text"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="text"/> F <input type="text"/> N <input type="text"/> M <input type="text"/> Condición <input type="text"/> T <input type="text"/> P <input type="text"/>	13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL <input type="text"/>		16. Administradora de Pensiones <input type="text"/>	
17. Ingreso base de cotización -IBC 7260.000			
18. Residencia 3172711656			
Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> ACARUS CA ME			

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 <input type="text"/>			
20. Tipo de documento <input type="text"/>	21. Número de documento de identidad <input type="text"/>	22. Sexo F <input type="checkbox"/> M <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			
B1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de documento de Identidad	27. Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	28. Fecha de Nacimiento <input type="text"/>
B1	<input type="text"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
B2	<input type="text"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
B3	<input type="text"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
B4	<input type="text"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
B5	<input type="text"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Datos complementarios			
29. Parentesco <input type="text"/>	30. Etnia <input type="text"/>	31. Discapacidad Tipo <input type="text"/> F <input type="text"/> N <input type="text"/> M <input type="text"/> Condición <input type="text"/> T <input type="text"/> P <input type="text"/>	
B1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
32. Datos de residencia Municipio/Distrito <input type="text"/>	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento <input type="text"/>	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
B1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Selección de la IPS Primaria		
34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud -IPS S. O. M. I. K. N. M.	Código de la IPS 94613	
C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B5	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 <input type="text"/>	36. Tipo de documento de identificación <input type="text"/>	37. Número de identificación <input type="text"/>	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
39. Ubicación <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

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 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 de Documento de Identidad	Número de documento de Identidad	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento D D M M A A A A
42. Fecha D D M M A A A A	43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input checked="" type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
<input checked="" type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
<input checked="" type="checkbox"/> 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.
<input checked="" type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud.
<input checked="" type="checkbox"/> 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.
<input checked="" type="checkbox"/> 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 requieran.
<input checked="" type="checkbox"/> 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.
<input checked="" type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC Cantidad: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
<input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
<input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la superintendencia nacional de salud.
<input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 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

56. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del departamento	57. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	58. Fecha de radicación D D M M A A A A
59. Fecha de Validación D D M M A A A A	60. Datos del funcionario que realiza la validación				
Tipo documento de identidad	71. Firma del funcionario				

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.

— AFILIADO —

FT-GEC-AF-008