

Ha. de Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado:
A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/>	A. Individual <input checked="" type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>	A. Cotizante <input type="checkbox"/>
B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	B. Colectivo <input type="checkbox"/>	B. Subordinado <input type="checkbox"/>	B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/>
	C. Institucional <input type="checkbox"/>		C. Beneficiario <input type="checkbox"/>
	D. De oficio <input type="checkbox"/>		D. Beneficiario <input type="checkbox"/>
			E. Tipo de cotizante: A. Dependiente <input type="checkbox"/>
			B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/>
			C. Pensionado <input type="checkbox"/>

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

6. Apellidos y nombres	7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
Hernandez Gomez Martha Yaneth	CC	36319748	Femenino <input checked="" type="checkbox"/>	28/08/1983

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL
				SURA
17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia	19. Zona	20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad
1.660.000	BOGOTÁ	Urbana <input checked="" type="checkbox"/>		

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	20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
			Femenino <input type="checkbox"/>	

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
Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre			Femenino Masculino
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
				Municipio / Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono fijo y/o celular	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	35. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	36. Nombre o razón social	37. Tipo de documento de identificación
38. Ubicación	39. Número del documento de identificación	40. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	41. Tipo de documento de identificación

B. REPORTE DE NOVEDADES

42. Tipo de Novedad	43. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	44. Movilidad:
1. Modificación datos básicos de identificación	45. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/>
2. Corrección datos básicos de identificación	46. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	B. Régimen Subordinado <input type="checkbox"/>
3. Actualización documento de identidad	47. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/>
4. Actualización y corrección de datos complementarios	48. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/>
5. Terminación de la inscripción en la EPS	49. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	15. Reporte por fallecimiento
6. Reinscripción en la EPS		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	42. Fecha
Primer Apellido Segundo Apellido Sexo Femenino Masculino	
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado
	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.	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	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.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
49. Declaración de no interacción 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.	

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación conforme a lo establecido en la Ley 1581 de 2012
--	---

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	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.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
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.	64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	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 SISBEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio Código del departamento	Número de la ficha Puntaje Nivel		
70. Datos del funcionario que realiza la validación	71. Firma del funcionario		
Primer Apellido Segundo Apellido			
Tipo de documento de identidad Número de documento de identidad			

OBSERVACIONES: