



* 5 0 0 2 7 6 0 0 8 6 *

No. DE RADICACIÓN

5002760086

Fecha de Radicación

05/06/2019

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) <input type="text" value="59"/>	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Villanueva, Suarez, Giovanni			
7. Tipo de documento de identidad <input type="text" value="CC"/>	8. Número del documento de identidad <input type="text" value="80745634"/>	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento <input type="text" value="28/05/1983"/>

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia <input type="text" value=""/>	12. Discapacidad Tipo <input type="text" value="F N M"/> Condición <input type="text" value="T P"/>	13. Puntaje SISBÉN <input type="text" value=""/>	14. Grupo de población especial <input type="text" value=""/>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL <input type="text" value="Positiva"/>		16. Administradora de Pensiones <input type="text" value="Pavoni"/>	
17. Ingreso base de cotización - IBC <input type="text" value="828116"/>		18. Residencia <input type="text" value="Calle 74B No 24-26 sur"/>	
Municipio/Distrito <input type="text" value="Bogotá"/>		Departamento <input type="text" value="Bogotá"/>	

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 <input type="text" value="CC"/>	21. Número del documento de identidad <input type="text" value=""/>	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento <input type="text" value="D D M M A A A A"/>

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

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Femenino	Masculino	D	D	M	M
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo <input type="text" value="F N M"/> Condición <input type="text" value="T P"/>	
B1		B2		B3	
B4		B5		B6	
32. Datos de residencia Municipio/Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono Fijo y/o celular		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)			
B1		B2		B3	
B4		B5		B6	

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS <input type="text" value="Escuela"/>		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
B		B	
B		B	
B		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 <input type="text" value="Giovanni Villanueva"/>		36. Tipo de documento de identificación <input type="text" value="CC"/>		37. Número del documento de identificación <input type="text" value="80745634"/>		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación Dirección Teléfono Correo electrónico Municipio/Distrito Departamento		<input type="text" value="Bogotá"/>		<input type="text" value="Bogotá"/>		<input type="text" value="Bogotá"/>	



* 5 0 0 2 7 6 0 0 8 6 *

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. | ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen |
| Código <input type="text"/> | ☐ ☐ B. Diferente Régimen |
| ☐ 6. Reinscripción en la EPS. | ☐ 15. Reporte de fallecimiento. |
| ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante. |
| ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. |
| ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. | ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado. |
| ☐ 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

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad <input type="text"/>		Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		Fecha de nacimiento <input type="text"/>	
43. EPS anterior <input type="text"/>				44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones <input type="text"/>	

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 vigentes 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
- 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 Código del Municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>		67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>		68. Fecha de radicación <input type="text"/>		69. Fecha de validación <input type="text"/>	
70. Datos del funcionario que realiza la validación				71. Firma del funcionario			
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad <input type="text"/>					

OBSERVACIONES: