

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐		A. Individual ☒ - Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva ☐ - Beneficiario o afiliado adicional C. Institucional ☐ D. De oficio ☐		A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante ☒ B. cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐		A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐			

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 del documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
Calleso Primer apellido		CC		1.006.438.290		Femenino ☒ Masculino ☐		08/12/2001	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
		Tipo F N M Condición T P					
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC			
Porvenir		Porvenir		\$ 1.300.000			
18. Residencia		Teléfono fijo		Teléfono celular		Correo electrónico	
Cra 11 f8-29		311 329 0865					
Zarzal		Zona Urbana ☒ Rural ☐		Localidad/Comuna		Valle del Cauca	
Municipio/Distrito						Departamento	

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 del documento de identidad		22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
						Femenino ☐ Masculino ☐		DDMMAAAA	

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			
B1								DDMMAAAA	
B2								DDMMAAAA	
B3								DDMMAAAA	
B4								DDMMAAAA	
B5								DDMMAAAA	

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		Tipo		Condición	
						F N M T P			
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

32. Datos de residencia		Zona		Departamento		Teléfono Fijo y/o celular		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
Municipio/Distrito		Urbana Rural							
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C			
B			
B			
B			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ETIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación		37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
Wisa Maria Calleso		CC		1.006.438.290		Natural	
39. Ubicación		Correo electrónico		Municipio/Distrito		Departamento	
Cra 11 f8-29		ssossegasos@gmail		Zarzal		Valle del Cauca	
Dirección		2207809					

B. REPORTE DE NOVEDADES**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 la 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 de trámite de protección al cedante.
☐ 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 <input type="text"/>	Número del documento de identidad	Sexo	Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha		
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>		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 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 adicional al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

Luisa María Gálvez
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Luisa María Gálvez
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 al que declare la separación de cuerpos de 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 del 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 Código del departamento		67. Datos del SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel		68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad <input type="text"/>		Número del 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.