

B. REPORTE DE NOVEDADES

- ☐ 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 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 del trámite de protección al cesante.
☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

Recibido
19-06-2024
Asesor
2402

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 ☐ M ☐	Fecha de nacimiento D M A A A A A A
42. Fecha D M A A 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

- ☐ 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 acrediten 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 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.
☒ 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 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

- ☐ 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 Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de radicación D M A A A A A A
69. Fecha de Validación D M A A A A A A	70. 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-GECAF-008

No. De Radicación 2070560		Fecha de Radicación 01/10/2024
I. DATOS DEL TRÁMITE		
1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☐ B. Novedad ☒		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 ☐		
6. Código a registrar por la EPS <input type="text"/>		

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)		
6. Apellidos y nombres terz villegas yina Patricia		
7. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	8. Número de documento de identidad 34612465	9. Sexo F ☒ M ☐
10. Fecha de nacimiento 23/10/1980		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos personales			
11. Etnia <input type="text"/>	12. Discapacidad <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 Colpensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC 1300000	
18. Residencia Cra 85 + 37 - 95			
19. Zona Urbana ☒ Rural ☐	20. Departamento Valle		

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 ☐ M ☐	23. Fecha de nacimiento <input type="text"/>

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales			
24. Apellidos y nombres			
B1	B2	B3	B4
B5			
25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de Nacimiento
B1		F ☐ M ☐	
B2		F ☐ M ☐	
B3		F ☐ M ☐	
B4		F ☐ M ☐	
B5		F ☐ M ☐	

Datos complementarios		30. Etnia		31. Discapacidad	
29. Parentesco		Tipo		Condición	
		F N M		T P	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					
32. Datos de residencia		Zona		Departamento	
Municipio/Distrito		Urbana Rural		Teléfono Fijo y/o celular	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

33. Valor de la UPC del afiliado adicional	
<input type="text"/>	
Selección de la IPS Primaria	
34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud -IPS Union Temp. VIVA LA Comfandi	
Código de la IPS 94354	
C	
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

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 <input type="text"/>
39. Ubicación <input type="text"/>			