



06 3191541

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia <input type="checkbox"/> B. Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidado <input type="checkbox"/>	4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input 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 type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS)
--	--	---	---	--	---------------------------------

**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 Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento
------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--	-------------------------

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)**

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia	19. Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		20. Teléfono fijo	

**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 Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento
-------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------

**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 Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco		30. Etnia	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre										

31. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
--	---	---

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
---	---

**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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aporteante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
---------------------------	---	--	--

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

40. Tipo de Novedad	41. Tipo de Novedad	42. Tipo de Novedad	43. Tipo de Novedad	44. Tipo de Novedad	45. Tipo de Novedad	46. Tipo de Novedad	47. Tipo de Novedad	48. Tipo de Novedad	49. Tipo de Novedad	50. Tipo de Novedad	51. Tipo de Novedad	52. Tipo de Novedad	53. Tipo de Novedad	54. Tipo de Novedad	55. Tipo de Novedad	56. Tipo de Novedad	57. Tipo de Novedad	58. Tipo de Novedad	59. Tipo de Novedad	60. Tipo de Novedad	61. Tipo de Novedad	62. Tipo de Novedad	63. Tipo de Novedad	64. Tipo de Novedad	65. Tipo de Novedad	66. Tipo de Novedad	67. Tipo de Novedad	68. Tipo de Novedad	69. Tipo de Novedad	70. Tipo de Novedad	71. Tipo de Novedad	72. Tipo de Novedad	73. Tipo de Novedad	74. Tipo de Novedad	75. Tipo de Novedad	76. Tipo de Novedad	77. Tipo de Novedad	78. Tipo de Novedad	79. Tipo de Novedad	80. Tipo de Novedad	81. Tipo de Novedad	82. Tipo de Novedad	83. Tipo de Novedad	84. Tipo de Novedad	85. Tipo de Novedad	86. Tipo de Novedad	87. Tipo de Novedad	88. Tipo de Novedad	89. Tipo de Novedad	90. Tipo de Novedad	91. Tipo de Novedad	92. Tipo de Novedad	93. Tipo de Novedad	94. Tipo de Novedad	95. Tipo de Novedad	96. Tipo de Novedad	97. Tipo de Novedad	98. Tipo de Novedad	99. Tipo de Novedad	100. Tipo de Novedad
---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	----------------------

**VI. OTRAS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD**

41. Datos básicos de identificación	42. Fecha novedad
-------------------------------------	-------------------

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o 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**

44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
------------------------	--

**IX. ANEXOS**

56. Anexo copia del documento de identidad	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. Copia del 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	67. Datos del SISBÉN Número de la ficha	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación	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

-1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL-