

I. DATOS DEL TRÁMITE

No. De Radicación 2116241		Fecha de Radicación 04/04/2021
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 		

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Lasarez Vallecilla Diana Nana			
7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número de documento de identidad 1107094633	9. Sexo F ☒ M ☐	10. Fecha de nacimiento 10/11/1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia 	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	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 4125 + 26-17	
19. Teléfono fijo 3182991463		20. Correo electrónico 	
21. Zona Urbana ☐ Rural ☒		22. Localidad/Corregimiento CAUCA	

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 	21. Número de documento de identidad 	22. Sexo F ☐ M ☐	23. Fecha de nacimiento D M A A A

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

24. Apellidos y nombres			
B1	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B2	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B3	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B4	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B5	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B1	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de documento de Identidad	27. Sexo F ☐ M ☐
B2			28. Fecha de Nacimiento D M A A A
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud -IPS F. P.		Código de la IPS (a registrar por la EPS) 80066
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	36. Tipo de documento de identificación 	37. Número de identificación 018 102221 91601	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección: Teléfono: Correo Electrónico: Municipio/Distrito: Departamento:			

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

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 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.

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 ☐
42. Fecha		43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código
D D M M A A A A			
		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 ANA VASQUEZ	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
--	--

X. 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.

DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

6. 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 D M M A A A A
9. Fecha de Validación					
D D M M A A A A					
0. Datos del funcionario que realiza la validación					
Tipo documento de identidad		71. Firma del funcionario			

OBSERVACIONES:

Codigo Asesor 316

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.