



184466364

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

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 B. Colectiva D. De Oficio
Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional

3. Régimen

A. Contributivo B. Subsidado

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)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad

CN TI CE CD
RC CC PA SC

8. Número del documento de identidad

9. Sexo

Femenino Masculino

10. Fecha de nacimiento

DDMMAAAA

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia

12. Discapacidad

Tipo F N M Condición T P

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

16. Administradora de Pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC

18. Residencia

Dirección

Teléfono Fijo

Teléfono Celular

Correo Electrónico

Municipio / Distrito

Zona

Urbana Rural

Localidad / Comuna

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

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad

CN TI CE CD
RC CC PA SC

21. Número del documento de identidad

22. Sexo

Femenino Masculino

23. Fecha de nacimiento

DDMMAAAA

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

B1

B2

B3

B4

B5

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad

26. Número del documento de identidad

27. Sexo

Femenino Masculino

28. Fecha de nacimiento

DDMMAAAA

29. Parentesco

B1

B2

B3

B4

B5

30. Etnia

31. Discapacidad

Tipo Condición

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

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C

B

B

B

-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO-

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 documento de identificación	37. Número del documento de identificación
		NT CC	TI PA CE CD
39. Ubicación Dirección		38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)	
Correo Electrónico		Municipio / Distrito	Departamento
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 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 del documento de identidad	Sexo
CN RC	TI CC	CE PA SC	Femenino Masculino
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Código		Código	
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 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, Institución o de oficio	
Catalina Rodríguez G.			
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		67. Datos del SISBÉN	
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje
			Nivel
68. Fecha de Radicación		69. Fecha de Validación	
D D M M A A A A		D D M M A A A A	
70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento		Número de documento de identidad	
71. Firma del funcionario			
Observaciones:			
Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información reportada contenida en el capítulo VII del formulario.			
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial		Sello de Radicación	
Sticker procesamiento			

