



187815505

(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 B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio		3. Régimen A. Contributivo B. Subsidiado	4. Contribución solidaria Si No
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional		6. Tipo de Cotizante A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado		7. Código (a registrar por la EPS) 3	

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre		9. Tipo de documento de identidad		10. Número del documento de identidad		11. Sexo biológico Femenino Masculino		12. Sexo identificación F M T NB Otro		13. Nacionalidad	
14. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		15. Fecha de nacimiento									

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad Si No Categoría de discapacidad		19. Tiene encuesta SISBEN Si No		20. Clasificación SISBEN Nivel Grupo		21. Grupo de población especial	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL				23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria			
26. Residencia Dirección				27. Teléfono Celular				28. Correo Electrónico			
29. Departamento				30. Municipio / Distrito		31. Localidad / Comuna		32. Zona Cabecera Municipal Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre		28. Tipo de documento de identidad		29. Número del documento de identidad		30. Sexo biológico Femenino Masculino		31. Sexo identificación F M T NB Otro		32. Nacionalidad	
33. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		34. Fecha de nacimiento									

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

35. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre		36. Tipo de documento de identidad		37. Número del documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico Femenino Masculino		40. Sexo identificación F M T NB Otro		41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		42. Fecha de nacimiento	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial		47. Tiene encuesta SISBEN Si No		48. Clasificación SISBEN Nivel Grupo		49. Discapacidad Si No Categoría de discapacidad		50. Incapacidad permanente Si No	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

51. Datos de residencia

Departamento		Municipio/ Distrito		Zona				Teléfono fijo y/o celular		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1				Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural				
B2				Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural				
B3				Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural				
B4				Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural				
B5				Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural				
Dirección				Localidad/Comuna						Correo Electrónico	
B1											
B2											
B3											

B3
B4
B5

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social

56. Tipo documento de identificación

57. Número del documento de identificación

58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación Dirección

Correo Electrónico

Teléfono fijo o Celular

60. Tipo de Novedad

Departamento

Municipio / Distrito

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
☐ 3. Actualización del documento de identificación.
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
☐ 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. Inscripción EPS retorno al país.

- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 14. Movilidad: ☐ A Régimen Contributivo ☐ B Régimen Subsidiado
☐ 15. Traslado: ☐ A Mismo Régimen ☐ B Diferente Régimen
☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

62. Sexo biológico

Femenino Masculino

63. Sexo identificación

F M T NB Otro

Cuál

64. Fecha de nacimiento

C D M M A A A A

65. EPS anterior

66. Fecha de novedad

D D M M A A A A

67. Motivo de traslado

Código

68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
☒ 73. 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.
☒ 74. 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.
☒ 75. 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.
☐ 76. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
☐ 77. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
☐ 85. 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.
☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
☐ 88. 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.
☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 91. 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.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial

Código del municipio

Código del departamento

93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Primer Apellido

Tipo de documento de identidad

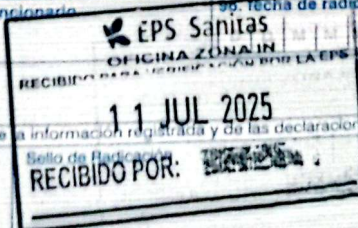
Número del documento de identidad

95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación

97. Fecha de validación

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

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