CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

N0819

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN 15 DÍA | SEPTIEMBRE | 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PIRAQUIVE	CACUA	NATALIA	CAROLINA

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	1080423195	M ✔	M T NB Otro Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO			15. FECHA NACIMIENTO
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	
COLOMBIANA	COLOMBIA	MAGDALENA	CIENAGA	16 DÍA / MAYO MES / 2005 AÑO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
06. Sin Etnia		SI [ ] NO [X]	N/A	SI [ ] NO [X]					

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
	$ 2.100.000			3044634619	

DIRECCIÓN	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
Calle 36 # 38 - 12	URB MIRA CAMPESTRE MZ 2 CASA 14	nataliapiraquive870@gmail.com	MAGDALENA

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
SANTA MARTA		CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR – Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
		F M	F M T NB Otro Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO			34. FECHA NACIMIENTO
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DÍA / MES / AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE BENEFICIARIOS	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficia

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNI	ISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DEL AFILIA	S	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				



V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	TELÉFONO CELULAR	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
NATALIA CAROLINA PIRAQUIVE CACUA	CC - Cédula de Ciudadanía	1080423195	3044634619	independiente

59. Dirección					
CALLE 36	# 38	- 12	nataliapiraquive870@gmail.com	MAGDALENA	SANTA MARTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. 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/O 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 [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIP CIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [X] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PIRAQUIVE	CACUA	NATALIA	CAROLINA

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	1080423195	M ✔	M T NB Otro Cual?

64. FECHA NACIMIENTO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
16 DÍA / 05 MES / 2005 AÑO		15 DÍA / 09 MES / 2025 AÑO		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación 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. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. 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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
nataliapcacua	

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA	CD	AS	PT
Cantidad:											

Total [0]

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 las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

Total Anexos [0]

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL	Código del Municipio	Código del departamento	93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN	DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN	DÍA	MES	AÑO

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

VIGILADO Supersalud

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo,_____identificado (a) con número _____ de _____, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ☐ No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ☐ No☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____

y/o correo electrónico: _____

SÍ☐ No☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☐ NO ☐

Cordialmente,

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha de Solicitud: _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A..

Declaración Juramentada de Convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
			$		SÍ ☐ NO ☐		SÍ ☐ NO ☐

Nivel de Escolaridad										
Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐
Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado
Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato		Fin Contrato	

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
			CIUDAD Y FECHA

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

Diligencie el formulario en letra imprenta, legible, sin borrones ni tachones Loa datos de identificación se deben diligenciar como aparece en el Documento de identidad vigente. Los espacios sombreados son para el diligenciamiento por la EPS o la Entidad Territorial correspondiente. Los trámites de afiliación o novedades, puede realizarlos solamente el Cotizante, el cabeza de familia, el representante institucional o el Representante autorizado en afiliaciones se ofició.

DATOS DEL TRÁMITE.

1. Tipo de trámite. Marque con una X el tipo de trámite que va a realizar

A. Afiliación. Si la persona se va a registrar por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Si ha estado antes en una EPS, el Trámite no corresponde a una afiliación, sino una novedad.

B. Reporte de Novedades. Si usted va a comunicar algún cambio de datos, ya sean suyos, de sus beneficiarios, o de la condición en el aseguramiento.

2.Tipo de Afiliación

A. Individual: La opción de afiliación individual amplia cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, entidades o instituciones. Se debe colocar una X en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

a) Cotizante o cabeza de familia

b) Beneficiario o afiliado adicional

B. Colectiva: La opción aplica cuando un trabajador independiente o un Miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

C. Institucional: La opción Institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.

D. De oficio: La opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por La Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social – UGPP, el empleador o la entidad Administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se rehúse a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarías de Familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.

3. Régimen

C. Contributivo. Cuando la operación que se va a realizar afecta a este régimen, es decir, la afiliación, la movilidad o la novedad es en el R. Contributivo.

S: Subsidiado. Cuando la operación que se va a realizar afecta a este régimen, es decir, la afiliación, la movilidad o la novedad es en el R. Subsidiado

4. Contribución Solidaria

Marque con una X, el campo que corresponda, para ingresar a la Contribución Solidaria como mecanismo de afiliación al Régimen Subsidiado en Salud según el Decreto 616 de 2022, o la norma que lo modifique o sustituya.

5.Tipo de Afiliado

A: Cotizante. Es el afiliado que paga aportes al Sistema en el Régimen Contributivo, y es el cabeza del grupo familiar.

B: Cabeza de familia. Es el afiliado que recibe el subsidio de SGSSS, y es el cabeza de su grupo familiar.

C: Beneficiario. Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las Condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de:familia en el Régimen Subsidiado.

6. Tipo de cotizante. Corresponde a las opciones de condición del cotizante, al momento de su afiliación.

Marque con una X la opción que corresponda:

A: Dependiente: Si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con éste el pago de los aportes a salud y pensiones.

B: Independiente: Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y, por tanto, no comparte el pago de sus aportes, sino que lo asume en la totalidad.

C: Pensionado: Si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo.

7. Código

Este campo debe ser diligenciado por la EPS, para lo cual debe registrar el código del tipo de cotizante que corresponda como dependiente, independiente o pensionado según la tabla de cotizantes y/o pensionados establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.

A. AFILIACIÓN

Si la afiliación es individual o colectiva, se debe: - Diligenciar los espacios de los Capítulos II “DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante,
cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)” y III “DATOS
COMPLEMENTARIOS”, correspondientes al cotizante o cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional cuando aplique. - Diligenciar los datos del Capítulo IV “DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL
NÚCLEO FAMILIAR” si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación. - Diligenciar los datos del Capítulo V “DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS
ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, O RESPONSABLES DEL PAGO”, relativos al empleador si el afiliado es dependiente, a la agremiación colectiva, asociación o congregación religiosa si un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas o de la entidad responsable del pago para el pago de cotizantes independientes. - Marcar con una X, en el Capítulo VII “DECLARACIONES Y AUTORIZA-CIONES”, las declaraciones y
autorizaciones que correspondan. - Diligenciar en el Capítulo IX “Firmas”, los campos 80 y/o 81 según el caso. - Marcar con una X, en el Capítulo X “ANEXOS”, los documentos de identidad que se adjuntan de las personas que se afilian, los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda y demás documentos que soporten el trámite de afiliación o reporte de la novedad.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe: - Diligenciar los espacios de los Capítulos II “DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante,
cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique)” y III “DATOS COMPLEMENTARIOS” con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la IPS tendrán la calidad de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. - Diligenciar los datos del Capítulo IV “DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL
NÚCLEO FAMILIAR” si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario y el cabeza de familia o cotizante se niega a su inscripción dentro del núcleo familiar de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.1.4.2 del Decreto 780 de 2016. - Diligenciar los datos del Capítulo XI “DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL” y XII. “DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL” relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio. -Marcar con una X en el Capítulo VII “DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES” las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 73, 74 y 75. - Diligenciar el Capítulo IX “Firmas”, firmando en el campo 81 “Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio”. - Marcar con una X, en el Capítulo X “ANEXOS”, el documento de identidad que se adjunta de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que acreditan la condición de beneficiarios, según corresponda. - Diligenciar los datos del Capítulo XI “DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES” cuando la Entidad Territorial o la Institución es la que realiza la afiliación.

CAPÍTULO II: DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o de la cabeza de familia)

Los datos básicos de identificación son aquellos que permite la plena identificación del cotizante o cabeza de familia y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Estos son:

8. Apellidos y Nombres: Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad.- Primer apellido – Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre.

9. Tipo de documento de identidad: Debe colocar en el espacio el código que corresponde
Observación documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla:

CÓDIGO	Descripcion de Tipo de Documento
CN	Certificado De Nacido Vivo - DANE
MS	Menor sin documento de Identificación
RC	Registro civil de nacimiento expedido por RNEC.
TI	Tarjeta de identidad expedida por RNEC.
CC	Cédula de ciudadanía expedida por RNEC.
CE	Cédula de extranjería
SC	Salvoconducto de permanencia.
PA	Pasaporte expedido por el país de origen sólo para extranjeros.
CD	Expedidos por la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia o la entidad que haga sus veces
AS	Adulto sin documento de identificación.
PT	Permiso de Protección Temporal

10. Número del documento de identidad: Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identidad. Si se trata del registro escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

11. Sexo Biológico o de nacimiento:

Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y
morfológicas del cuerpo al nacer.
Sexo de identificación: Masculino, femenino, transexual o no binario.
O como parece en su documento de identidad.

12. Sexo Identificación

Marque con una X, la opción: F “Femenino” o M “Masculino” o T “Transexual” o NB “No Binario” u otro, según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la
Registraduría Nacional del Estado Civil. Cuando se marque con una X la opción “otro”, se debe diligenciar en el espacio “cual” el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

13. Nacionalidad: Para los tipos de documentos CN, RC, TI y CC reporte la nacionalidad colombiana. Para el caso de los extranjeros registré la nacionalidad contenida en el documento de identidad que debe corresponder a los códigos ubicados en la Resolución número 974 del 2022 Capítulo II tabla 11.

14. Lugar de nacimiento

Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

15. Fecha de nacimiento

Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales:

Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

16. Etnia: En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla en el punto 18.

17. Comunidad: Cuando se trate de poblaciones indígenas las cuales serán las debidamente certificadas por el Ministerio del Interior.

18. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Categoría de discapacidad:

Diligencie la casilla con base a la siguiente tabla:

CÓDIGO	ÉTNIA	CÓDIGO	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD
01	Indígena	D1	Discapacidad física
02	Rom (gitano)	D2	Discapacidad auditiva
03	Raizal (San Andrés y Providencia).	D3	Discapacidad visual
04	Palenquero (San Basilio de Palenque).	D4	Sordoceguera
05	Negro(a), Afrocolombiano(a).	D5	Discapacidad intelectual.
06	Sin Etnia	D6	Discapacidad psicosocial (mental).
		D7	Discapacidad múltiple

19. Tiene encuesta SISBÉN

Marque con una X, el campo que corresponda, para informar si tiene aplicada la encuesta del SISBÉN.

20. Clasificación SISBÉN: Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Deben registrar el puntaje obtenido en la encuesta Sisbén

CLASIFICACIÓN METODOLOGÍA IV SISBÉN

NIVEL: 1 y 2

GRUPO: A1 - B7 y C1 - C18

21. Grupo de población especial: corresponde a la clasificación de la población que ha sido elegible para el subsidio de salud mediante el mecanismo de listado censal como lo establecen las distintas normas vigentes sobre el particular. Debe escribir el código numérico en el espacio que corresponda, según la siguiente tabla:

Tipo Población	Nombre Población
1	Habitante de la calle
2	Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
6	Menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF
8	Población desmovilizada y/o miembros del grupo armado ilegal que celebren acuerdos de paz con el Gobierno Nacional
9	Víctimas del conflicto armado interno
10	Población infantil vulnerable bajo protección de instituciones diferentes al ICBF
11	Programa en protección a testigos
14	Población reclusa a cargo de la entidad territorial
16	Adulto mayor en centros de protección
17	Comunidades indígenas
18	Rrom (Gitano)
22	Personas en prisión domiciliaria a cargo del INPEC
23	Personas que dejen de ser madres comunitarias
24	Migrantes colombianos repatriados que han retornado voluntariamente al país o han sido deportados o expulsados de territorio extranjero
25	Adolescentes y jóvenes a cargo del ICBF en el penal para adolescentes
26	Miembros de los grupos armados al margen de la ley que celebren acuerdos de paz con el Gobierno Nacional
27	Recién nacidos y menores de edad de padres no afiliados
28	Los voluntarios acreditados y activos de la Defensa Civil, Cruz Roja y Cuerpos de Bomberos y su núcleo familiar
29	Personas con discapacidad de escasos recursos y en condición de abandono en centros de protección
30	Migrante venezolano con PEP e hijos menores de edad con documento válido
32	Personas que se encuentren detenidas sin condena o cumpliendo medida de aseguramiento en centros de detención transitoria
33	Veteranos de la Fuerza Pública

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 08, 09, 11, 17, 18, 23, 24.
Si la afiliación es institucional seleccione uno de los siguientes códigos:
02, 06, 10, 16, 22.

22. Administradora de Riesgos Laborales – ARL: Este dato aplica sólo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra afiliado.

23. Administradora de Pensiones: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

24. Ingreso base de cotización - IBC:

Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o el valor correspondiente al 40% de los ingresos mensuales para el caso de los independientes, sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

25. Tarifa Contribución Solidaria

En este campo debe reportar la suma de las tarifas por cada uno de los miembros mayores de edad del núcleo familiar, cuyo pago estará a cargo del cabeza de familia, y debe ser diligenciado cuando haya reportado en “Si” el campo “4. Contribución solidaria”.

26. Residencia: Registre su dirección de residencia actual, de acuerdo a la nomenclatura de la DIAN o Registro Municipal.

- Dirección. Este campo es obligatorio.
- Teléfono Fijo. Este campo es opcional.
- Teléfono Celular. Este campo es opcional.
- Correo electrónico. Este campo es opcional.
- Departamento. Este campo es obligatorio.
- Ciudad/Municipio o distrito. Este campo es obligatorio.
- Localidad/comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito. Este campo es opcional.
- Zona: Cabecera municipal, centro poblado, rural dispersa o resto rural donde se ubica su residencia, este campo es obligatorio. En el caso de Bogotá, D. C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D. C.

CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante.

Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero (a) permanente también cotiza al SGSSS. Si este no cotiza debe registrarse en los espacios de “Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar” en el capítulo IV en la fila de primer beneficiario (B1). Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero (a) permanente está afiliado y cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

27. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.
-Primer apellido
-Segundo apellido
-Primer nombre
-Segundo nombre

28. Tipo de documento de identidad: Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 9 del capítulo II de este instructivo.

29. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.
Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

30. Sexo biológico o de nacimiento:

Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

31. Sexo Identificación:

Marque con una X, la opción: F “Femenino” o M “Masculino” o T “Transexual” o NB “No Binario” u otro, según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil. Cuando se marque con una X la opción “otro”, se debe diligenciar en el espacio “cual” el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

32. Nacionalidad: Para los tipos de documentos CN, RC, TI y CC reporte la nacionalidad colombiana. Para el caso de los extranjeros registré la nacionalidad contenida en el documento de identidad que debe corresponder a los códigos ubicados en la Resolución número 974 del 2022 Capítulo II tabla 11.

33. Lugar de nacimiento:

Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

34. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

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

En las filas identificadas con los códigos B1, B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.

35. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

36. Tipo de documento de identidad: Coloque en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.

37. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo. Si se trata del registro civil escriba

el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento no el indicativo serial.

38. Nacionalidad: Para los tipos de documentos CN, RC, TI y CC reporte la nacionalidad colombiana, Para el caso de los extranjeros registre la nacionalidad contenida en el documento de identidad debe responder a los códigos ubicados en la Resolución número 974 del 2022 capítulo II tabla 11.

39. Sexo biológico o de nacimiento

Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

40. Sexo identificación

Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transexual" o NB "No Binario", según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil. mCuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "cual" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

41. Lugar de nacimiento:

Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

42. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos complementarios de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

43. Parentesco: En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

Conformación Grupo familiar	Parentesco	Descripción parentesco
Cotizante/Cabeza de familia	Cónyuge	Existencia de vínculo matrimonial.
Beneficiario	Compañero (a) permanente	Con unión marital de hecho.
Beneficiario	Hijos menores de 25 años	Que dependan económicamente.
Beneficiario	Hijos con incapacidad permanente mayores de 25 años.	Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
Beneficiario	Hijos de cónyuge o compañero permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad si presentan incapacidad permanente.
Beneficiario	Nieto (a) hijos de los beneficiarios	Padre o madre es beneficiario del cotizante.
Conformación Grupo familiar	**Parentesco**	**Descripción parentesco**
Beneficiario	Sobrino (a), Tío (a), Bisnieto (a), Hermano (a)	Hijos menores de 25 años y de cualquier edad con incapacidad permanente que dependan económicamente del cotizante y se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad como consecuencia del fallecimiento de los padres, pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
Beneficiario	Padres del cotizante	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no tiene inscrito como beneficiarios al cónyuge o compañero(a) permanente o a los hijos.
Beneficiario	Menores de 18 años en custodia	La inclusión como beneficiario está determinado por autoridad competente.
Afiliado adicional consanguíneo	Padre, abuelo (a), bisabuelo (a), hijo (a), nieto (a), biznieto (a), tío (a), primo (a), hermano (a), sobrino (a), hijo del sobrino (a), hermano (a) del abuelo (a).	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra hasta cuarto grado de consanguinidad respecto de este y no cumplan los requisitos para ser cotizantes o beneficiarios en el régimen contributivo.
Afiliado adicional afinidad	Suegro (a), nuera, yerno, cuñado (a), abuelo (a) del cónyuge, hijo (a), nieto (a)	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra hasta el segundo grado de afinidad, respecto de este, es decir con la familia del cónyuge o compañero permanente y no cumplan los requisitos para ser cotizantes o beneficiarios en el régimen contributivo.

44. Etnia

Registre el código que aparece en el numeral 12 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.

45. Comunidad:

Este campo deberá ser diligenciado cuando en el campo "16 – Etnia" se reporte el código "01 – Indígena", caso en el cual, la EPS deberá reportar el código según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

46. Grupo de población especial:

Este campo deberá ser diligenciado si el beneficiario o afiliado adicional pertenece a un grupo de población especial reportando el código correspondiente a la población especial según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

47. Tiene encuesta SISBÉN:

Marque con una X, el campo que corresponda, para informar si tiene aplicada la encuesta del SISBÉN.

48. Clasificación SISBÉN:

Este campo deberá ser diligenciado cuando haya reportada que tiene la encuesta del SISBÉN, caso en el cual deberá registrar el nivel y grupo que corresponda de acuerdo con la última metodología del Sisbén vigente.

49. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente, registre el código de la tabla ubicada en el numeral 14 de este instructivo.

50. Incapacidad permanente:

Marque con una "X" si el beneficiario como consecuencia de un accidente de trabajo, enfermedad profesional o común presenta una disminución definitiva en su capacidad laboral.

51. Datos de residencia: Estos datos aplican sólo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residan en un municipio diferente al del cotizante.

- Departamento
- Municipio/Distrito
- Zona: urbana, rural
- Teléfono (fijo y/o celular)
- Dirección

52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS):

Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado, según los valores establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para cada vigencia.

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS):

Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presente la EPS, así: - En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante o Cabeza de Familia - En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, solo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

54. Código de la IPS:

La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado. Para la captura digital del formulario, las EPS deben disponer el listado de IPS para que sea seleccionada por el afiliado.

CAPÍTULO V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO.

Estos datos aplican a:

El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige. - Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y pre-cooperativas de trabajo asociado, Cajas de Compensación Familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige. - Las entidades responsables del pago de los tipos de cotizantes relacionados en la novedad 6 del campo 60 "Tipo de Novedad".

55. Nombre o Razón Social: Escriba el nombre o razón social del empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

56. Tipo de documento de identificaciones: Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así:

-NIT (Número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas.

-CC (cédula de ciudadanía), TI (Tarjeta de Identidad), PA (Pasaporte), CE (Cédula de extranjería), CD (Carné diplomático), PE (Permiso Especial de Permanencia), PT(Permiso de permiso temporal) cuando se trate de personas naturales.

57. Número del documento de identificación: Escriba el número del documento de identificación.

58. Tipo de aportante o Pagador de Pensiones: Este debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.

59. Ubicación

- Dirección
- Teléfono (fijo o celular)
- Correo electrónico
- Departamento
- Municipio/Distrito

En el caso de Bogotá D.C., Debe escribir como departamento Bogotá D.C

B. REPORTE DE NOVEDADES

El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación.

El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia.

Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades que expresamente se autorizan en este instructivo.

Las EPS no pueden reportar a la base de datos de afiliados vigente novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes cabezas de familia o beneficiarios mediante las suscripción del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades

60. Tipos de novedad: Marque con una X la casilla que corresponda al tipo de novedad que va a reportar, según la siguiente tabla:

NÚMERO	NOMBRE
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
6	Reporte de pago a través de un tercero
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	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
15	Traslado
16	Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia
17	Reporte del trámite de protección al cesante
18	Reporte de la calidad de prepensionado
19	Reporte de la calidad de pensionado
20	Ingreso a Contribución Solidaria
21	Retiro de Contribución Solidaria

CAPÍTULO VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación.

Apellidos y nombres:

Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

62. Sexo Biológico o de nacimiento:

Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

Sexo de identificación: Masculino, femenino, transexual o no binario.

O como parece en su documento de identidad.

63. Sexo Identificación

Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transexual" o NB "No Binario" u otro, según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil. Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "cual" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

64. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

65. EPS anterior:

Este dato solo se diligencia para la novedad 15 cuando se solicita traslado y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

66. Fecha: Registre en el numeral 66 del Capítulo VI, la fecha dd-mm-aaa únicamente para las siguientes novedades:

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
Novedad 9: Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar.
Novedad 10: Terminación de la relación laboral.
Novedad 11: Inscripción EPS retorno al país.
Novedad 12: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
Novedad 13: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
Novedad 16: Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia, la que figura en el certificado de defunción.
Novedad 20: Ingreso a Contribución Solidaria.
Novedad 21: Retiro de Contribución Solidaria.

67. Motivo del traslado:

Este dato se registra únicamente cuando se está reportando la novedad 15. Registre el código según la tabla descrita en la novedad 15: "traslado".

68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones:

Este dato se registra únicamente en la novedad 17: "Reporte del trámite de protección al cesante" o en la novedad 19: "Reporte de la calidad de pensionado". Debe colocar el nombre de la Caja de Compensación Familiar o del Pagador de Pensiones, según el caso.

CAPÍTULO VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o 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 vigente 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 número 1377 de 2013.
76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta SISBÉN vigente.

CAPÍTULO VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

Este capítulo debe ser reportado en caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia, se debe reportar la persona de su grupo familiar que quedará como cabeza de familia y responsable del pago de la Contribución Solidaria, registrando sus nombres y apellidos y el tipo y número de documento de identidad.

CAPÍTULO IX. FIRMAS

Este formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional, por el aportante, entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en este instructivo y que, conforme a la normativa vigente, tenga a su cargo la afiliación y el reporte de novedades.

También será suscrito por el beneficiario solo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia. En el espacio correspondiente debe ir la firma de:

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 Con la firma contenida en el numeral 80 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el Capítulo VII del formulario. .

CAPÍTULO X. ANEXOS

Marque con una X la casilla correspondiente al/los documento(s) que se anexe(n), según lo requiera el trámite que realiza.

82. Documento de identidad: CN, RC, TI, CC, PA, CE, 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.
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afili
91.
92.
93.
94.
95.
96.
97.
98.
99. Registre el código del municipio o distrito y del departamento, según la codificación DANE, que corresponden a la Entidad Territorial.

100. Nombre de la Institución:

Registre el nombre de la institución que está reportando la afiliación o el reporte de la novedad de la población especial a su cargo.

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

En este capítulo se debe diligenciar los datos del funcionario de la entidad territorial o de la Institución responsable de afiliación especial que valida la información reportada en el formulario

104. Apellidos y nombres:

Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad. – Primer apellido – Segundo apellido – Primer nombre – Segundo Nombre – Tipo de documento de identidad – Número del documento de identidad

112. Firma del funcionario:

El funcionario de la Institución debe colocar su firma, como responsable de los datos registrados sobre la información y validaciones realizadas.

116. Fecha de radicación:

Corresponde a la fecha en la que el formulario fue entregado a la EPS.

117. Fecha de validación:

Registre la fecha en la que el funcionario consultó las bases de datos que corresponda y realizó las validaciones correspondientes.

120. Observaciones:

En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias respecto del trámite, la información solicitada o el trato recibido.

123.