

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 60. Tipo de Novedad

61. Datos básicos de identificación

- 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 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.
- 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 Pre-pensionado.
- 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN REPORTE DE LA NOVEDAD

62. Sexo biológico 63. Sexo identificación 64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior 66. Fecha de novedad 67. Motivo de traslado 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. Declaraciones 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 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 1561 de 2012 y el Decreto 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 del Sieben 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

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

IX. FIRMAS

X. ANEXOS

- 82. Anexo copia del documento de identidad
- 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.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial 93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y nombres 95. Firma del funcionario 96. fecha de radicación 97. Fecha de validación

98. 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

Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS

RECIBIDO POR:

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

(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. Beneficiario ☐ 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) 03

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

8. Apellidos y nombres
 Primer Apellido: CHAVEZ Segundo Apellido: FAVEZA Primer Nombre: DANIELA Segundo Nombre: FERNONDA
 9. Tipo de documento de identidad: Cédula 10. Número del documento de identidad: 1033700922 11. Sexo biológico: Femenino ☒ Masculino ☐ 12. Sexo identificación: F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐
 13. Nacionalidad: Colombiana 14. Lugar de nacimiento: Bogotá 15. Fecha de nacimiento: 16/01/1989

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: 1.750.905 25. Tarifa Contribución Solidaria: 26. Residencia: Dirección: Calle 195 sur #20-08. Teléfono Celular: 3199290501 Correo Electrónico: fernondachavez150@gmail.com. 27. Apellidos y nombres: 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: 34. Fecha de nacimiento: 35. Apellidos y nombres: 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: 42. Fecha de nacimiento:

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: 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: 34. Fecha de nacimiento:

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

35. Apellidos y nombres: 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: 42. Fecha de nacimiento:

B1	B2	B3	B4	B5
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación
B1			Femenino Masculino F M T NB Otro Cual	41. Lugar de nacimiento
B2			Femenino Masculino F M T NB Otro Cual	42. Fecha de nacimiento
B3			Femenino Masculino F M T NB Otro Cual	
B4			Femenino Masculino F M T NB Otro Cual	
B5			Femenino Masculino F M T NB Otro Cual	

Datos complementarios del Beneficiario

B1	B2	B3	B4	B5
43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN
B1				Si No Nivel Grupo Si No Categoría de discapacidad Si No
B2				Si No Nivel Grupo Si No Categoría de discapacidad Si No
B3				Si No Nivel Grupo Si No Categoría de discapacidad Si No
B4				Si No Nivel Grupo Si No Categoría de discapacidad Si No
B5				Si No Nivel Grupo Si No Categoría de discapacidad Si No

51. Datos de residencia

B1	B2	B3	B4	B5
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		

B1	B2	B3	B4	B5
Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico		
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				