

Fecha de Radicación									

I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)			
1. Tipo de trámite	A. Afiliación ☐	2. Tipo de Afiliación	A. Individual ☐
	B. Reporte de Novedades ☒		- 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 ☐
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
	Giraldo	Pamitez	Cesar
			Segundo nombre
			Daniela
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
Cédula de Ciudadanía	1004682545	Femenino ☐ Masculino ☒	10/12/2001

III - DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos personales			
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo ☐ ☐ ☐ Condición ☐ ☐		
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC	
18. Residencia	Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular
	Calle 10 # 4-60		3747072540
	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
	Socacha	6	2denilo379@gmail.com
	Urbana ☒ Rural ☐		Departamento
			Cundinamarca

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	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		Femenino ☐ Masculino ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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			
25. Tipo de documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional	
Municipio / Distrito	Zona Urbana ☐ Rural ☐	(A registrar por la E.P.S.)	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la I.P.S. Primaria		Código de la IPS	
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		(A registrar por la E.P.S.)	
C			
B			
B			
B			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O 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 del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador
	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		(A registrar por la E.P.S.)
39. Ubicación	Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico
Municipio / Distrito		Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación | ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación | ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| ☐ 3. Actualización del documento de identidad | ☐ 13. Movilidad ☐ A. Régimen Contributivo |
| ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios | ☐ B. Régimen Subsidiado |
| ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS | ☐ 14. Traslado ☐ A. Mismo Régimen |
| Código <input type="text"/> | ☐ B. Diferente Régimen |
| ☐ 6. Reinscripción en la EPS | ☐ 15. Reporte de fallecimiento |
| ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante |
| ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado |
| ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar | ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado |
| ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | |

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Giraldo Primer apellido		Ramirez Segundo apellido		Cesar Primer nombre		Dario Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		Número del documento de identidad 1004682545		Sexo Femenino ☐ Masculino ☒		Fecha de Radicación	
43. EPS Anterior		44. Motivo de Traslado Código		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			
				42. Fecha 7 6 0 7 2 0 2 6			

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, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- ☒ 50. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. 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 E.P.S. 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 E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario 	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
--	---

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad
Cantidad

CN	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC	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 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 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 Código del Municipio Código del Departamento		67. Datos del SISBÉN Número de Ficha Puntaje Nivel		68. Fecha de Radicación D O M N I A A A A A	69. Fecha de Validación D O M N I A A A A A
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre					
Tipo de documento de identidad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		Número del documento de identidad		71. Firma del funcionario	

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial C.C. No.	Sello de radicación	Sticker procesamiento
--	---------------------	-----------------------

Recuerde que con la firma, manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.