



(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación

Fecha de Radicación

DD

MM

AA

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite	A. Afiliación		2. Tipo de Afiliación	Cotizante o cabeza de Familia					B. Colectiva	C. Institucional	D. De Oficio	3 Régimen	C. Contributivo	
	B. Reporte Novedad			A. Individual:	Beneficiario o afiliado adicional						S. 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	Segundo nombre
7. Tipo de documento de identidad		8. Número documento de identidad	9. Sexo	Femenino Masculino
			10. Fecha de nacimiento	D D M M A A A A

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		
18. Residencia	Dirección		Teléfono fijo		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 nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de documento		21. Número de documento	22. Sexo	Femenino Masculino
			23. Fecha de Nacimiento	D D M M A A A A

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

24. Apellido y nombres completos					
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	Segundo nombre
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					
25. Tipo documento de identidad		26. Número documento de identidad		27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
				Femenino Masculino	
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos Complementarios

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

32. Datos de residencia		Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Municipio / Distrito		Urbana	Rural			
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		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES 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 pensiones (a registrar por la EPS)	39. Ubicación		
	Dirección		Teléfono
Correo electrónico	Municipio/ Distrito		Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS NECESARIOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer apellido		Segundo apellido	
Tipo de documento de identidad	Numero del documento	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento
		42. Fecha Novedad	
		D D M M A A A A D D M M A A A A	
43. EPS anterior		44. Motivo del traslado Código <input type="text"/>	
		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
<input type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo. Especial o de Excepción.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en la institución prestadora de Servicios de Salud.
<input type="checkbox"/> 50. Autorización para que las EPS soliciten y obtengan datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 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 institucional o de oficio
--	---

IX. ANEXOS

<input type="checkbox"/> 56. Copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
Cantidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
<input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
<input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
<input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste 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 SISBEN		68. Fecha radicación		69. Fecha de validación	
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A	
<input type="text"/>	<input type="text"/>						
70. Datos del funcionario que realiza la validación							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad <input type="checkbox"/>		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario			
Observaciones:							
<div></div>							
<div></div>							
<div></div>							