

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicado

D | D | M | M | A | A | A | A

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: <input type="checkbox"/> Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		3. Regimen A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>		4. Contribución Solidaria Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
5. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado Adicional <input type="checkbox"/>		6. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		7. Código (a registrar por la EPS)			

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

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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		12. Sexo identificación T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Cual _____	
13. Nacionalidad		14. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio			15. Fecha de Nacimiento D D M M A A A A		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Categoría de discapacidad	
19. Tiene encuesta SISBÉN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		20. Clasificación SISBÉN 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 Teléfono Fijo Teléfono Celular Correo electrónico							
Departamento		Municipio/Distrito		Localidad/Comuna		Zona Cabecera Municipal <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básico de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente 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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		31. Sexo identificación T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Cual _____	
32. Nacionalidad		33. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio			34. Fecha de Nacimiento D D M M A A A A		

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 Cual		41. Lugar de Nacimiento País Departamento Municipio		42. Fecha de Nacimiento D D M M A A A A	
B1		B2		B3		B4		B5		B6		B7	

Datos complementarios

43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de Poblacion Especial		47. Tiene encuesta SISBÉN SI NO		48. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo		49. Discapacidad SI NO Categoría Discapacidad		50. Incapacidad Permanente SI NO	
B1		B2		B3		B4		B5		B6		B7		B8	
51. Datos de residencia Departamento Municipio / Distrito				Zona Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural				Teléfono Fijo y/o celular		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)					
B1				B2				B3		B4					
B5				B6				B7		B8					
53. Nombre de la Institucion Prestadora de Servicios de Salud - IPS Primaria										54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)					
C										B1					
B2										B3					

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

55. Nombre o razón social			56. Tipo de 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			Teléfono o Celular		Correo electrónico			Departamento		Municipio/Distrito	



V. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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 corrección de datos complementarios.
- 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
Codigo
- 6. Reporte de pago a través de 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 condiciones 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 tramite 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 PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	Numero del documento de identidad <input type="text"/>	61. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	63. Sexo de identificación T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="text"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A		
65. EPS anterior <input type="text"/>	66. Fecha novedad D D M M A A A A	67. Motivo de traslado Codigo <input type="text"/>	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. Autorización 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. Declaración 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. 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 SISBEN vigente.

VIII. CONTRIBUCION 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.

Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de identidad <input type="text"/>	Número de documento de identidad <input type="text"/>		

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: CN RC TI CC PA CE CD SC PT
Cantidad de documento de identidad anexos
- 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 del 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 cual 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 Codigo del Municipio <input type="text"/> Codigo del Departamento <input type="text"/>	93. Nombre de la institución <input type="text"/>
--	---

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

94. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Numero del documento de identidad <input type="text"/>		
96. Fecha de radicación D D M M A A A A	97. Fecha de validación D D M M A A A A		
95. Firma del funcionario <input type="text"/>			

OBSERVACIONES

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

