

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

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: Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De Oficio <input type="checkbox"/>		3. Régimen 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) <input type="text"/>			

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

8. Apellidos y nombres Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido <input type="text"/>		Primer Nombre <input type="text"/> Segundo Nombre <input type="text"/>	
9. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	10. Número del documento de identidad <input type="text"/>	11. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	12. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
14. Lugar de nacimiento País <input type="text"/> Departamento <input type="text"/> Municipio <input type="text"/>		15. Fecha de nacimiento <input type="text"/>	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales		16. Etnia <input type="text"/>		17. Comunidad <input type="text"/>		18. Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		19. Tiene encuesta SISBÉN Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		20. Clasificación SISBÉN Nivel <input type="text"/> Grupo <input type="text"/>		21. Grupo de población especial <input type="text"/>							
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL <input type="text"/>				23. Administradora de Pensiones <input type="text"/>				24. Ingreso base de cotización - IBC <input type="text"/>				25. Tarifa Contribución Solidaria <input type="text"/>							
26. Residencia Dirección <input type="text"/>												Teléfono Fijo <input type="text"/>							
Teléfono Celular <input type="text"/>												Correo Electrónico <input type="text"/>							
Departamento <input type="text"/>				Municipio / Distrito <input type="text"/>				Localidad / Comuna <input type="text"/>				Zona <input type="text"/>							
								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 Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido <input type="text"/>		Primer Nombre <input type="text"/> Segundo Nombre <input type="text"/>	
28. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	29. Número del documento de identidad <input type="text"/>	30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
33. Lugar de nacimiento País <input type="text"/> Departamento <input type="text"/> Municipio <input type="text"/>		34. Fecha de nacimiento <input type="text"/>	

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

35. Apellidos y nombres Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido <input type="text"/>		Primer Nombre <input type="text"/> Segundo Nombre <input type="text"/>	
36. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	37. Número del documento de identidad <input type="text"/>	38. Nacionalidad <input type="text"/>	39. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
40. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		41. Lugar de nacimiento País <input type="text"/> Departamento <input type="text"/> Municipio <input type="text"/>	
42. Fecha de nacimiento <input type="text"/>			

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco <input type="text"/>		44. Etnia <input type="text"/>		45. Comunidad <input type="text"/>		46. Grupo de población especial <input type="text"/>		47. Tiene encuesta SISBÉN Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		48. Clasificación SISBÉN Nivel <input type="text"/> Grupo <input type="text"/>		49. Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		50. Incapacidad permanente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

51. Datos de residencia

Departamento <input type="text"/>		Municipio/ Distrito <input type="text"/>		zona Cabecera Municipal <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>				Teléfono fijo y/o celular <input type="text"/>		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <input type="text"/>	
Dirección <input type="text"/>		Localidad/Comuna <input type="text"/>				Correo Electrónico <input type="text"/>					

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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 Dirección			Teléfono fijo o Celular
Correc Electrónico			Departamento
			Municipio / Distrito

60. Tipo de Novedad

<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.	<input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> 15. 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="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
<input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código	<input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
<input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	<input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	<input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.
<input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.	

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido			
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento	
		Femenino Masculino	F M T NB Otro	D D M M A A A A	
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	
		Código			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input type="checkbox"/> 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
<input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
<input type="checkbox"/> 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impliquen la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
<input type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
<input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
<input type="checkbox"/> 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 se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria					
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre	
				Segundo Nombre	
				Tipo de documento de identidad	
				No. del documento de identidad	

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

<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad	Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
<input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	
<input type="checkbox"/> 84. 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"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	
<input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 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 760 de 2016.	
<input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
<input type="checkbox"/> 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.	
Total Anexos	

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y nombres		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido			
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación	
			D D M M A A A A	D D M M A A A A	

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento