

B. REPORTE DE NOVEDADES																			
40. Tipo de Novedad <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <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.				<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente régimen <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado															
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD 41. Datos básicos de identificación <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">Primer apellido</td> <td style="width: 25%;">Segundo apellido</td> <td style="width: 25%;">Primer nombre</td> <td style="width: 25%;">Segundo nombre</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">Tipo documento de Identidad</td> <td style="width: 25%;">Número documento de Identidad</td> <td style="width: 25%;">Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Fecha de nacimiento D D M M A A A A</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>				Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento D D M M A A A A																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																
43. EPS anterior Código <input type="text"/>		44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>																	
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones Código <input type="text"/>																			
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 acrediten la condición de beneficiarios <input type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de los Servicios de Salud <input type="checkbox"/> 50. 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"/> 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 <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 80px; vertical-align: bottom;"> 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario </td> <td style="width: 50%; height: 80px; vertical-align: bottom;"> 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio </td> </tr> </table>				54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio														
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. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: CN <input type="text"/> RC <input type="text"/> TI <input type="text"/> CC <input type="text"/> PA <input type="text"/> CE <input type="text"/> CD <input type="text"/> SC <input type="text"/> 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 conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio																			
X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;"> 66. Identificación de la entidad territorial Código del municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/> </td> <td style="width: 25%;"> 67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/> </td> <td style="width: 25%;"> 68. Fecha de radicación D D M M A A A A </td> <td style="width: 25%;"> 69. Fecha de validación D D M M A A A A </td> </tr> </table>				66. Identificación de la entidad territorial Código del municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A												
66. Identificación de la entidad territorial Código del municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A																
70. Datos del funcionario que realiza la validación <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">Primer apellido</td> <td style="width: 25%;">Segundo apellido</td> <td style="width: 25%;">Primer nombre</td> <td style="width: 25%;">Segundo nombre</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>				Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																
71. Firma del funcionario <input type="text"/>																			
Observaciones: <input type="text"/>																			
Marque con una (X) en la casilla de respuesta correspondiente a las siguientes preguntas:																			
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?		SI ()	NO ()																
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?		SI ()	NO ()																
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?		SI ()	NO ()																
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?		SI ()	NO ()																
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?		SI ()	NO ()																