

CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación							
D	D	M	M	A	A	A	A

I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)							
1. Tipo de trámite		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen			
A. Afiliación <input type="checkbox"/>		A. Individual <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input type="checkbox"/>			
B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		- Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>		B. Colectiva <input type="checkbox"/>		D. De Oficio <input type="checkbox"/>	
		- Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/>		C. Institucional <input type="checkbox"/>		B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		Código			
A. Cotizante <input type="checkbox"/>		A. Dependiente <input type="checkbox"/>		(a registrar por la EPS) <input type="text"/>			
B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>		B. Independiente <input type="checkbox"/>					
C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		C. Pensionado <input type="checkbox"/>					

A. AFILIACIÓN			
II - DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres			
Primer apellido		Segundo apellido	
7. Tipo de documento de identidad		9. Sexo	
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
8. Número del documento de identidad		10. Fecha de nacimiento	
		D D M M A A A A	

III - DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos personales			
11. Etnia		12. Discapacidad	
		Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P	
13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones	
		17. Ingreso Base de Cotización - IBC	
18. Residencia		Dirección	
Municipio / Distrito		Teléfono Fijo	
Urbana <input type="checkbox"/> Zona Rural <input type="checkbox"/>		Teléfono Celular	
		Correo Electrónico	
		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 nombres			
Primer apellido		Segundo apellido	
20. Tipo de documento de identidad		21. Número del documento de identidad	
22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		D D M M A A A A	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales			
24. Apellidos y nombres			
Primer apellido		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo nombre	
25. Tipo de documento de identidad		26. Número documento de identidad	
27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		D D M M A A A A	
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	
		F N M	
		Condición	
		T P	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)	
Municipio / Distrito		Zona			
		Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			
Departamento		Teléfono fijo y/o Celular			
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Selección de la I.P.S. Primaria			
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS			
Código de la 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**

Página 2 de 2

**40. Tipo de Novedad**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación 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"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios                                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado                                     |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS  | <input type="checkbox"/> 14. Traslado <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen                             |
| Código <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen                                      |
| <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS  | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento   |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales                                  | <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante                                   |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales                                  | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado  |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar                   | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado  |
| <input type="checkbox"/> 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**

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		Fecha de Radicación	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						<b>42. Fecha</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
43. EPS Anterior				44. Motivo de Traslado Código <input type="text"/>		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

**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
- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                            |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| CN                       | RC                       | TI                       | CC                       | CE                       | PA                       | CD                       | SC                       |                            |
| <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"/> |
- ☐ 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 <input type="text"/> <input type="text"/> Código del Departamento <input type="text"/> <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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	69. Fecha de Validación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
70. Datos funcionario que realiza la validación							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Número del documento de identidad		71. Firma del funcionario			

**Observaciones:**

--------------

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
C.C. No. <input type="text"/>		

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