

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					4. Contribución solidaria																								
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>					A. Individual : - Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>					B. Colectiva <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/>					A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>					si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																			
5. Tipo de afiliado										6. Tipo de cotizante					7. Código																								
A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>										A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>					(a registrar por la EPS) <input type="text"/>																								
A. AFILIACIÓN																																							
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o b beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)																																							
8. Apellidos y nombres					Segundo apellido					Primer nombre					Segundo nombre																								
Primer apellido																																							
9. Tipo de documento de identidad					10. Número del documento de identidad					11. Sexo biológico					12. Sexo identificación																								
										Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>					Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>																								
13. Nacionalidad					14. Lugar de nacimiento					15. Fecha de nacimiento																													
País					Departamento					Municipio					D D M M A A A A																								
III. DATOS COMPLEMENTARIOS																																							
Datos personales																																							
16. Etnia					17. Comunidad					18. Discapacidad																													
										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad																													
19. Tiene encuesta SISBÉN					20. Clasificación SISBÉN					21. Grupo de población especial																													
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					Nivel <input type="text"/> Grupo <input type="text"/>																																		
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL					23. Administradora de Pensiones					24. Ingreso base de cotización - IBC					25. Tarifa Contribución Solidaria																								
26. Residencia					Teléfono fijo					Teléfono celular					Correo electrónico																								
Dirección																																							
Departamento					Municipio/ Distrito					Localidad/Comuna					Zona																								
															Cabecera Municipal <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Rural Disperso <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					Segundo apellido					Primer nombre					Segundo nombre																								
Primer apellido																																							
28. Tipo de documento de identidad					29. Número del documento de identidad					30. Sexo biológico					31. Sexo identificación																								
										Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>					Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>																								
32. Nacionalidad					33. Lugar de nacimiento					34. Fecha de nacimiento																													
País					Departamento					Municipio					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																								
B1																																							
B2																																							
B3																																							
B4																																							
B5																																							
36. Tipo de documento de identidad					37. Número del documento de identidad					38. Nacionalidad					40. Sexo identificación					41. Lugar de nacimiento					42. Fecha de nacimiento														
															Femenino Masculino F M T NB otro cual					País Departamento Municipio					Día Mes Año														
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 del Beneficiario																																							
43. Parentesco					44. Etnia					45. Comunidad					46. Grupo de población especial					47. Tiene encuesta SISBÉN					48. Clasificación SISBÉN					49. Discapacidad					50. Incapacidad permanente				
																				SI NO Nivel Grupo SI NO					Categoría de discapacidad					SI NO									
B1																																							
B2																																							
B3																																							
B4																																							
B5																																							
51. Datos de residencia															52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)																								
Departamento					Municipio/ Distrito					Zona					Teléfono fijo y/o celular																								
										Cabecera Municipal Centro Poblado Rural disperso Resto Rural																													
B1																																							
B2																																							
B3																																							
B4																																							
B5																																							
Dirección					Localidad/Comuna					Correo Electrónico																													
B1																																							
B2																																							
B3																																							
B4																																							
B5																																							
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 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					Teléfono fijo o Celular					Correo electrónico					Departamento					Municipio/Distrito																			
Dirección																																							

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad			
<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia. </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante. </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación. </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado. </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país. </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado. </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input style="width: 50px;" type="text"/> </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria. </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código <input style="width: 50px;" type="text"/> </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria. </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen </div> </div>			
VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD			
61. Datos básicos de identificación		Segundo apellido <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Primer apellido <input style="width: 150px;" type="text"/>		Primer nombre <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Segundo nombre <input style="width: 150px;" type="text"/>			
Tipo de documento de identidad <input style="width: 50px;" type="text"/>		Número del documento de identidad <input style="width: 100px;" type="text"/>	
62. Sexo biológico		63. Sexo identificación	
Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual	
64. Fecha de nacimiento		D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad	
D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A		67. Motivo de traslado	
Código <input style="width: 50px;" type="text"/>		68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES			
<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. </div> <div style="width: 50%;"> <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. </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. </div> <div style="width: 50%;"> <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. </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 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. </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. </div> <div style="width: 50%;"> <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. </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. </div> <div style="width: 50%;"> <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. </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. </div> </div>			
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			
Apellidos y nombres <input style="width: 150px;" type="text"/>		Segundo apellido <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Primer apellido <input style="width: 150px;" type="text"/>		Primer nombre <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Segundo nombre <input style="width: 150px;" type="text"/>			
Tipo de documento de identidad <input style="width: 50px;" type="text"/>		Número del documento de identidad <input style="width: 100px;" 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			
Cantidad de documentos de identidad anexos:			
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>CN <input type="text"/></div> <div>RC <input type="text"/></div> <div>TI <input type="text"/></div> <div>CC <input type="text"/></div> <div>PA <input type="text"/></div> <div>CE <input type="text"/></div> <div>CD <input type="text"/></div> <div>SC <input type="text"/></div> <div>PT <input type="text"/></div> </div>			
<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. </div> <div style="width: 50%;"> <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. </div> <div style="width: 50%;"> <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. </div> <div style="width: 50%;"> <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 780 de 2016. </div> <div style="width: 50%;"> <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. </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. </div> <div style="width: 50%;"> <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. </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. </div> <div style="width: 50%;"> Total Anexos <input style="width: 50px;" type="text"/> </div> </div>			
XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL			
92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución	
Código del municipio <input style="width: 100px;" type="text"/>		Código del departamento <input style="width: 100px;" type="text"/>	
XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL			
94. Apellidos y nombres		Segundo apellido <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Primer apellido <input style="width: 150px;" type="text"/>		Primer nombre <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Segundo nombre <input style="width: 150px;" type="text"/>			
Tipo documento de identidad <input style="width: 50px;" type="text"/>		Número del documento de identidad <input style="width: 100px;" type="text"/>	
95. Firma del funcionario			
96. fecha de radicación		97. Fecha de validación	
D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A		D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> 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			