

No. De Radicación	Fecha 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 Tramite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza e 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"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	B. Cabeza de Familia <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

A. AFILIACIÓN

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 Documento de Identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	12. Sexo de identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <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

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Categoría 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 Solidaridad
26. Residencia Dirección		Telefono Fijo	Telefono Celular
Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Correo Electronico
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 Cotizante

27. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
28. Tipo Documento de Identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Sexo de identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <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												
B1																					
B2																					
B3																					
B4																					
B5																					
36. Tipo de Documento de Identidad	37. Numero del Documento de Identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo Biológico Femenino Masculino		40. Sexo Identificación F M T NB Otro Cual				41. Lugar de Nacimiento Pais Departamento Municipio			42. Fecha Nacimiento D D M M A A A A									
B1																					
B2																					
B3																					
B4																					
B5																					

Datos Complementarios Beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo Poblacional	47. Tiene Encuesta Sisbén sí no		48. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo		49. Discapacidad sí no Categoría de Discapacidad		50. incapacidad Permanente sí no	
B1				sí	no					sí	no
B2				sí	no					sí	no
B3				sí	no					sí	no
B4				sí	no					sí	no
B5				sí	no					sí	no

51. Datos de Residencia

Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Telefono Fijo y/o Celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a Registrar por la EPS)
		Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural		
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
Dirección		Localidad/Comuna			Correo Electronico		
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

53. Nombre de la institucion prestadora de sercos de Salud - IPS

C	54. Código de la IPS (a registrada por la EPS)
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE Y DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLE DEL PAGO

55. Nombre o Razón Social	56. Tipo del documento de identidad	57. Número del documento de identidad	58. Tipo de Aportante o Pagador de Pensiones. (A Registrar por la EPS)
59. Ubicación Dirección	Departamento		Telefon fijo o Celular
Correo electronico	Municipio/Distrito		

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad	<input type="checkbox"/>	11. Inscripción EPS retorno al país.
<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="text"/>	<input type="checkbox"/>	16. Reporte de Fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia.
<input type="checkbox"/> 6. Reporte de Pagos a través de un tercero Código <input type="text"/>	<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 del pensionado.
<input type="checkbox"/> 9. Inicio de la 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 pérdidas de las condiciones para seguir cotizando.	<input type="checkbox"/>	21. Retiro de contribución solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo Documento de Identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>	62. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	63. Sexo de identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="text"/>
65. EPS Anterior <input type="text"/>	66. Fecha Novedad <input type="text"/>	67. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	
68. Caja de Compensación familiar o pagador de la pensión <input type="text"/>			

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 excepción.
<input type="checkbox"/> 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impide la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario
<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 afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requiera
<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 2012 y decreto 1377 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 de 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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	Numero del documento de identidad <input type="text"/>		

X. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficio cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficina
---	--

X. ANEXOS

<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad	CN <input type="checkbox"/>	RC <input type="checkbox"/>	TI <input type="checkbox"/>	CC <input type="checkbox"/>	PA <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	CD <input type="checkbox"/>	SC <input type="checkbox"/>	PT <input type="checkbox"/>	Cantidad <input type="text"/>	Total Anexos <input type="text"/>
<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 declara la unión marital											
<input type="checkbox"/> 85. Copia de escritura pública o sentencia judicial que declara el divorcio, sentencia judicial que declara la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declara 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 donde 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 del traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del decreto 780 de 2016											
<input type="checkbox"/> 90. Certificado 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											

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio <input type="text"/>	Código del departamento <input type="text"/>
93. Nombre de la institución <input type="text"/>		

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

94. Apellidos y nombre			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	Numero del documento de la entidad <input type="text"/>	95. Firma Funcionario <input type="text"/>	
96. Fecha Radicación <input type="text"/>	97. Fecha de validación <input type="text"/>		
Observaciones <input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			

