



183480333

(Ver las instrucciones que se encuentran al respecto antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual Cotizante o Cabeza de Familia y Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio		3. Régimen A. Contributivo y B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante y B. Cabeza de Familia C. Beneficiario		5. Tipo de Cotizante A. Dependiente B. Independiente y C. Pensionado		Código (a registrar por la EPS) 03

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre GUTIHERO VASCO JUAN CARLOS		7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	8. Número del documento de identidad 71200258	9. Sexo Femenino Masculino X	10. Fecha de nacimiento 21/06/1963
---	--	--	--	---------------------------------	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC 1.200.000	
18. Residencia Dirección CALLE 54B # 81-25 OFICINA 201		Teléfono Celular 3156037721		Correo Electrónico seg.mendez@gmail.com	
Municipio / Distrito Medellín		Zona Urbana X Rural		Localidad / Comuna Medellín Departamento Medellín	

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 Primer Nombre Segundo Nombre		20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		21. Número del documento de identidad	
22. Sexo Femenino Masculino		23. Fecha de nacimiento DD MM AAAA			

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 CN TI CE CD RC CC PA SC		26. Número del documento de identidad	
27. Sexo Femenino Masculino		28. Fecha de nacimiento DD MM AAAA			
29. Parentesco		30. Etnia			

31. Discapacidad Tipo Condición		32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)	
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)			

35. Selección de la IPS Primaria		36. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
37. Tipo de documento de identidad		38. Número del documento de identidad		39. Sexo	

40. Fecha de nacimiento		41. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)		42. Parentesco	
-------------------------	--	---	--	----------------	--

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
35. Nombre o razón social		36. Tipo documento de Identificación NIT TI CE CC PA CD	37. Número del documento de Identificación
39. Ubicación Dirección		38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)	
Correo Electrónico		Municipio / Distrito	Departamento
		Teléfono Fijo	

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 checked="" 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

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		Número del documento de identidad		Sexo Femenino Masculino		Fecha de nacimiento	
						42. Fecha DD MM AAAA	

43. EPS anterior

Sanitas (activo)

44. Motivo de traslado

Código

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, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☒ 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.
- ☒ 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.
- ☒ 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.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

[Firma]

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
Cantidad <input type="text"/> TOTAL | |
| <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 de ausencia 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

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento		67. Datos del SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel		68. Fecha de Radicación		69. Fecha de Validación	
				DD MM AAAA		DD MM AAAA	
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre				71. Firma del Funcionario			
Tipo de documento Número de documento de identidad							
Observaciones: <i>1. por cot + 03</i>				FECHA: <i>28-10-2014</i>			

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
<i>[Firma]</i>		