

(Lee las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE				II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)				III. DATOS COMPLEMENTARIOS				IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR			
1. Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen		4. Contribución solidaria		5. Tipo de Afiliado		6. Tipo de Cotizante		7. Código		8. Apellidos y nombres	
A. Afiliación B. Reporte de Novedades ☒		A. Individual B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio		A. Contributivo ☒ B. Subsidiado		Sí No ☒		A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional		A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado		(a registrar por la EPS)		9. Tipo de documento de identidad 10. Número del documento de identidad 11. Sexo biológico 12. Sexo identificación 13. Nacionalidad 14. Lugar de nacimiento 15. Fecha de nacimiento	
16. Etnia 17. Comunidad 18. Discapacidad 19. Tiene encuesta SISBEN 20. Clasificación SISBEN 21. Grupo de población especial 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL 23. Administradora de Pensiones 24. Ingreso base de cotización - IBC 25. Tarifa Contribución Solidaria 26. Residencia Dirección 27. Apellidos y nombres 28. Tipo de documento de identidad 29. Número del documento de identidad 30. Sexo biológico 31. Sexo identificación 32. Nacionalidad 33. Lugar de nacimiento 34. Fecha de nacimiento															
35. Apellidos y nombres 36. Tipo de documento de identidad 37. Número del documento de identidad 38. Nacionalidad 39. Sexo biológico 40. Sexo identificación 41. Lugar de nacimiento 42. Fecha de nacimiento 43. Parentesco 44. Etnia 45. Comunidad 46. Grupo de población especial 47. Tiene encuesta SISBEN 48. Clasificación SISBEN 49. Discapacidad 50. Incapacidad permanente 51. Datos de residencia 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)															

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 y razón social

56. Tipo documento de identificación

57. Número del documento de identificación

58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación Dirección

Teléfono fijo o Celular

Calle 5 # 38-25

Correo Electrónico

Departamento

Municipio / Distrito

Valle

Cali

60. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.☐ 3. Actualización del documento de identificación.☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.☐ 17. Reporte del trámite de protección al casero.☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

62. Sexo biológico

Femenino Masculino

63. Sexo identificación

Cuál

F

M

T

NB

Otro

64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior

66. Fecha de novedad

67. Motivo de traslado

68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

01072025

Código

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.☐ 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.☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.☐ 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.☐ 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.☐ 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 1551 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisben vigente.

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

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad (fija el documento de identidad)

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

Christian Erazo

TALENTO EMPRESARIAL SAS
NIT. 901313.503-5

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo copia del documento de identidad

Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI LC CE PA CD SC PT

☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.☐ 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.☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.☐ 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.☐ 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 760 de 2016.☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.☐ 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.

Total Anexos

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

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio

Código del departamento

93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y nombres

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Primer Apellido

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación

97. Fecha de validación

DD MM AAAA

DD MM AAAA

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

Sello de Radicación

Sticker procesamiento