



1. Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación ☐	B. Renovación ☒	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☒	B. Colectiva ☐	C. Institucional ☐	D. De oficio ☐
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		6. Código a registrar por la EPS	
A. Cotizante ☐	B. Cabeza de Familia ☐	C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐	B. Independiente ☒	C. Pensionado ☐

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

6. Apellidos y nombres					
<u>Pérez</u>					
7. Tipo de documento de identidad					
<u>Cédula de ciudadanía</u>					
8. Número de documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
<u>13561185</u>		<u>M</u>		<u>28/08/1986</u>	

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISEN	14. Grupo de población especial
	Tipo ☐ ☐ ☐ ☐ Condición ☐ ☐		
15. Administradora de Riesgos Laborales (ARL)	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos (tipo de cotización) (B)	
18. Residencia			
	Urbana ☒ ☐ Rural ☐ ☐		

Donos básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanentemente cohabitante

19. Apellidos y nombres			
<div> <div>Apellido(s) familia</div> <div>Apellido(s) apellido</div> <div>Nombre(s) completo</div> </div>			
20. Tipo de documento	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
<div> <div></div> <div></div> </div>		<div> <div>F</div> <div>M</div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>

Datos internos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres												
B1	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre completo	Segundo apellido								
B2	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre completo	Segundo apellido								
B3	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre completo	Segundo apellido								
B4	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre completo	Segundo apellido								
B5	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre completo	Segundo apellido								
	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de Nacimiento								
B1			F ☐ M ☐	<input type="text"/>								
B2			F ☐ M ☐	<input type="text"/>								
B3			F ☐ M ☐	<input type="text"/>								
B4			F ☐ M ☐	<input type="text"/>								
B5			F ☐ M ☐	<input type="text"/>								

Dolpo complementarius

29. Parentesco		30. Étnia		31. Discapacidad			Condición	
				Tipo				
B1				N	M	T	P	
B2								
B3								
B4								
B5								

32. Datos de residencia		Zona	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional <small>(verificar por el IESS)</small>
Municipio/Distrito		Urbana/Rural			
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Schlussformel des 10. 11% Primärstrich

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Asimilados	1
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFIRMACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social					36. Tipo de documento de identificación		37. Número de identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación										
Departamento		Provincia		Código electrónico		Código postal		Código urbano		

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

Página 2 de 2

☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.	☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.	☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 3. Actualización del documento de identidad.	☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	☐ ☐ B. Régimen Subsidado
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/>	☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen
☐ 6. Reinscripción en la EPS.	☐ ☐ B. Diferente Régimen
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 15. Reporte de fallecimiento.
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	☐ 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	Número de documento de Identidad	Sexo ☐ F ☐ M	Fecha de nacimiento
42. Fecha	43. EPS anterior	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 información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieren.
☐ 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 mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. 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, PA, CE, CD, SC
Cantidad: <input type="text"/> 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 la 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 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.
☐ 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	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación
Código del departamento				
69. Fecha de Validación				
70. Datos del funcionario que realiza la validación				
Tipo documento de Identidad	71. Firma del funcionario			

OBSERVACIONES: