

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>Melendez</u> Segundo Apellido: <u>Pérez</u>		7. Tipo de documento de identidad <u>8062</u>		8. Número de documento de identidad <u>610430</u>		9. Sexo F ☐ M ☒		10. Fecha de nacimiento <u>28/04/1962</u>	
---	--	--	--	--	--	---	--	--	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo: <u>F N M</u> Condición: <u>T P</u>		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización -IBS		18. Residencia <u>1832 # 22-51</u>	
19. Teléfono fijo		20. Teléfono celular		21. Correo electrónico		22. Zona Urbana ☒ Rural ☐	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

20. Tipo de documento		21. Número de documento de identidad		22. Sexo F ☐ M ☐		23. Fecha de nacimiento	
-----------------------	--	--------------------------------------	--	---	--	-------------------------	--

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

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de Documento de Identidad		26. Número de documento de Identidad		27. Sexo		28. Fecha de Nacimiento	
B1	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre					
B2	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre					
B3	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre					
B4	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre					
B5	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre					

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo: <u>F N M</u> Condición: <u>T P</u>	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

32. Datos de residencia Municipio/Distrito		Zona Urbana ☐ Rural ☐		Departamento		Teléfono Fijo y/o celular		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Selección de la IPS Primaria

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

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 de documento de identificación		37. Número de identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación		Dirección		Teléfono		Correo electrónico	

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

40. Tipo de Novedad

☐ 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 Subsidiado
☐ 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 acrediten 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 no novedades o la base de datos de afiliados vigentes 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 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: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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
69. Fecha de Validación				
70. Datos del funcionario que realiza la validación				
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario		

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.

- EMPLEADOR -

FT-GEC-AF-008