

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de 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. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS)	

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

6. Apellidos y nombres Primer apellido: SILVA Segundo apellido: PINCON		7. Tipo documento de identidad C		8. Número del documento de identidad 109490255	
9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento 03/09/1989		A. AFILIACIÓN	

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL COIPATRIA		16. Administradora de Pensiones PROTECCION		17. Ingreso base de cotización - IBC 700.000			
18. Residencia Dirección: LA UNION M24 CS 6 Municipio/Distrito: ARMENIA		Teléfono fijo: 3104893300		Teléfono celular		Correo electrónico: QUINDIO	

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR**

19. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre		20. Tipo de documento de identidad		21. Número del documento de identidad		22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		23. Fecha de nacimiento	
--	--	------------------------------------	--	---------------------------------------	--	--	--	-------------------------	--

**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		26. Número del documento de identidad		27. Sexo Femenino Masculino		28. Fecha de nacimiento	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

**Datos complementarios**

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo F N Condición M T P	
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			
B			
B			
B			

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

35. Nombre o razón social DIEZIA SAS		36. Tipo de documento de identificación NIT		37. Número de documento de identificación 900193589		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación Dirección: CIA 9C + 123 - 36		Teléfono: 6297974		Correo electrónico		Municipio/Distrito: BOFOM Departamento	

**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 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		42. Fecha 01/11/2016	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código	
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

<input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

**VIII. FIRMAS**

Daniel Fernando Silva Pincon	
------------------------------	--

EMPLEADOR