

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: <input type="checkbox"/> Cotizante o cabeza de Familia <input type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional 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) <input type="text"/>
--	---	--	---	--	--

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido <input type="text"/>	Segundo Apellido <input type="text"/>	Primer Nombre <input type="text"/>	Segundo Nombre <input type="text"/>
7. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	8. Número del documento de identidad <input type="text"/>	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A
11. Etnia <input type="text"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>
15. Administradora de riesgos laborales - ARL <input type="text"/>	16. Administradora de pensiones <input type="text"/>		
17. Ingreso base de cotización - IBC <input type="text"/>	18. Residencia Dirección <input type="text"/>		
Correo electrónico <input type="text"/>	Municipio / Distrito <input type="text"/>	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / Comuna <input type="text"/>
Departamento <input type="text"/>	Departamento <input type="text"/>	Departamento <input type="text"/>	Departamento <input type="text"/>

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

19. Apellidos y nombres Primer Apellido <input type="text"/>	Segundo Apellido <input type="text"/>	Primer Nombre <input type="text"/>	Segundo Nombre <input type="text"/>
20. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	21. Número del documento de identidad <input type="text"/>	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A

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

24. Apellidos y nombres Primer Apellido <input type="text"/>	Segundo Apellido <input type="text"/>	Primer Nombre <input type="text"/>	Segundo Nombre <input type="text"/>
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
25. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	26. Número del documento de identidad <input type="text"/>	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
29. Parentesco <input type="text"/>			30. Etnia <input type="text"/>
31. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>			32. Datos de residencia Municipio / Distrito <input type="text"/>
Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			Departamento <input type="text"/>
Teléfono fijo y/o celular <input type="text"/>			33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS C <input type="checkbox"/>	Código de la IPS (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
B <input type="checkbox"/>	
B <input type="checkbox"/>	
B <input type="checkbox"/>	
B <input type="checkbox"/>	

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 <input type="text"/>	36. Tipo de documento de identificación <input type="text"/>	37. Número del documento de identificación <input type="text"/>	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
39. Ubicación Dirección <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>	Correo electrónico <input type="text"/>	Municipio / Distrito <input type="text"/>
Departamento <input type="text"/>	Departamento <input type="text"/>	Departamento <input type="text"/>	Departamento <input type="text"/>

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad 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 <input type="checkbox"/> Código <input type="text"/> 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: A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 14. Traslado: 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 <input type="checkbox"/>
--

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación Primer Apellido <input type="text"/>	Segundo Apellido <input type="text"/>	Primer Nombre <input type="text"/>	Segundo Nombre <input type="text"/>
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A
43. EPS anterior <input type="text"/>	44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones <input type="text"/>	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o 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 vigentes 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. <input type="checkbox"/>	

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario <input type="text"/>	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio <input type="text"/>
---	--

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio <input type="text"/>	Código del departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de la ficha <input type="text"/>	Puntaje <input type="text"/>	Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de radicación D   D   M   M   A   A   A   A	69. Fecha de validación D   D   M   M   A   A   A   A
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido <input type="text"/>						
Segundo Apellido <input type="text"/>						
Primer Nombre <input type="text"/>						
Segundo Nombre <input type="text"/>						
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>	OBSERVACIONES:				
71. Firma del funcionario <input type="text"/>						

**CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO**

- |  | SÍ                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Firma del Afiliado:**

\_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES**

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en [www.famisanar.com.co](http://www.famisanar.com.co), todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"Datos sensibles: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos."* (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).

**FIRMA A RUEGO**

A ruego del señor (a) \_\_\_\_\_ identificado (a) con el documento \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) \_\_\_\_\_ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo. Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) \_\_\_\_\_

**Firmante a Ruego:**

\_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: \_\_\_\_\_



I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" 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"/> I <input checked="" 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) <input type="text"/>
---	---	---	---	--	--

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido <input type="text"/>	Segundo Apellido <input type="text"/>	Primer Nombre <input type="text"/>	Segundo Nombre <input type="text"/>
7. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	8. Número del documento de identidad <input type="text"/>	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia <input type="text"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>	15. Administradora de riesgos laborales - ARL <input type="text"/>	16. Administradora de pensiones <input type="text"/>
17. Ingreso base de cotización - IBC <input type="text"/>	18. Residencia Dirección <input type="text"/>	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / Comuna <input type="text"/>	Departamento <input type="text"/>	Teléfono fijo <input type="text"/>
Correo electrónico <input type="text"/>		Municipio / Distrito <input type="text"/>	Teléfono celular <input type="text"/>		

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 <input type="text"/>	Segundo Apellido <input type="text"/>	Primer Nombre <input type="text"/>	Segundo Nombre <input type="text"/>
20. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	21. Número del documento de identidad <input type="text"/>	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A

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

24. Apellidos y nombres Primer Apellido <input type="text"/>	Segundo Apellido <input type="text"/>	Primer Nombre <input type="text"/>	Segundo Nombre <input type="text"/>
B1 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B3 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B4 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B5 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datos complementarios

25. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	26. Número del documento de identidad <input type="text"/>	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A	29. Parentesco <input type="text"/>	30. Etnia <input type="text"/>
B1 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B3 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B4 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B5 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

31. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	32. Datos de residencia Municipio / Distrito <input type="text"/>	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento <input type="text"/>	Teléfono fijo y/o celular <input type="text"/>	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
B1 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B3 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B4 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B5 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS C <input type="text"/>	Código de la IPS (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
B <input type="text"/>	<input type="text"/>
B <input type="text"/>	<input type="text"/>
B <input type="text"/>	<input type="text"/>
B <input type="text"/>	<input type="text"/>
B <input type="text"/>	<input type="text"/>

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 <input type="text"/>	36. Tipo de documento de identificación <input type="text"/>	37. Número del documento de identificación <input type="text"/>	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
39. Ubicación Dirección <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>	Correo electrónico <input type="text"/>	Municipio / Distrito <input type="text"/>
Departamento <input type="text"/>			

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> Código <input type="text"/> 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 <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: A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/> 14. Traslado: 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 <input type="checkbox"/>
---

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación Primer Apellido <input type="text"/>	Segundo Apellido <input type="text"/>	Primer Nombre <input type="text"/>	Segundo Nombre <input type="text"/>
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A
42. Fecha novedad D   D   M   M   A   A   A   A	43. EPS anterior <input type="text"/>	44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones <input type="text"/>

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. <input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario <input type="checkbox"/>	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio <input type="checkbox"/>
---	--

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/>	Cantidad: <input type="text"/>	Total <input type="text"/>
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Copia del 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. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio <input type="text"/>	Código del departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de la ficha <input type="text"/>	Puntaje <input type="text"/>	Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de radicación D   D   M   M   A   A   A   A	69. Fecha de validación D   D   M   M   A   A   A   A
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido <input type="text"/>						
Segundo Apellido <input type="text"/>						
Primer Nombre <input type="text"/>						
Segundo Nombre <input type="text"/>						
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>						
Número del documento de identidad <input type="text"/>						
OBSERVACIONES: 71. Firma del funcionario <input type="text"/>						
La activación en el régimen subsidiado está sujeta al cumplimiento de las normas legales vigentes de movilidad.						