INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO UNICO DE NOVEDADES AFILIADO A LA E.P.S.

DILIGENCIE SIEMPRE LAS SIGUIENTES PARTE DEL FORMULARIO: **PARTE I.** TIPO DE NOVEDAD A REPORTAR, **PARTE II**. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE Y LOS BENEFICIARIOS, **PARTE III.** INFORMACIÓN PAR SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR – TRABAJADORES DEPENDIENTES Y PENSIONADOS, **PARTE IV**. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1SMLMV, **PARTE V**. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LOS COTIZANTES SIN INGRESOS PAGO POR TERCERO Y COTIZANTES PAGO SOLO SALUD, **PARTE VI**. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS, EN EL FORMULARIO SE INDICA QUE OTRAS PARTES SE DEBE DILIGENCIAR DE ACUERDO A LA NOVEDAD A REPORTAR.
DILIGENCIE EL FORMULARIO A MÁQUINA O LETRA IMPRENTA LEGIBLE Y CLARA, SIN BORRONES, NI TACHONES.
Regional de Radicación. Diligencie la regional en la cual se encuentra realizando la radicación de la novedad.
Seccional de Radicación. Diligencie la seccional en la cual se encuentra realizando la radicación de la novedad.
Fecha de Radicación. Diligencie la fecha en la cual se encuentra realizando la radicación de la novedad.
Número de Radicación. Registre el número de radicación que le es asignado a la radicación de la novedad.
Fecha de Diligenciamiento. Diligencie la fecha en la cual se encuentra realizando el diligenciamiento de la novedad.

PARTE I. TIPO DE NOVEDAD A REPORTAR (ELIJA LA NOVEDAD QUE ESTA PRESENTANDO Y SELECCIONE CON UNA EQUIS (X))
Los siguientes son los tipos de novedades que pueden ser reportadas por medio de este formato, marcando con una equis (X), en el cuadro que aparece al frente de la novedad requerida, y a las cuales se anexarán los soportes y documentos solicitados por la EPS.

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS
Actualización Datos Básicos del Cotizante o Beneficiario: Por medio de esta novedad el cotizante o beneficiario modifica y/o actualiza su información básica de la afiliación como:
1. **Documento de Identificación**
2. **Nombres y Apellidos**
3. **Sexo**
4. **Fecha de Nacimiento**
5. **Dirección, Teléfono, municipio y departamento de residencia**
6. **Parentesco**
7. **Correo Electrónico**
8. **Cambio de IPS**
9. **Estado Civil**
10. **Dirección, teléfono, fax, municipio y Departamento laboral**
11. **Teléfono Celular**
12. **Cambio de Sueldo**
13. **Cambio de Cargo**

INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS: Por medio de esta novedad el cotizante puede incluir como beneficiarios a los miembros de su núcleo familiar o amparar a aquellas personas que dependan económicamente del afiliado teniendo en cuenta lo siguiente:
14.Grupo Familiar Beneficiarios Directos
15.Grupo Familiar Beneficiarios UPC Adicional
16.Grupo Familiar Beneficiarios Recién Nacido

UPC Adicional: Se pueden incluir beneficiarios a través de la UPC Adicional a aquellas personas que sean:
- Menores de 12 años que dependan económicamente de un cotizante afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Personas que siendo económicamente dependientes del afiliado cotizante, tengan un parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad.
- Las personas no pueden encontrarse afiliados al régimen subsidiado o a un régimen de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol), salvo que demuestren su desafiliación a dicho sistema.

Grupo Familiar: Se pueden incluir beneficiarios del núcleo familiar a:
Cónyuge.
- A falta de cónyugue, compañera o compañero permanente, siempre y cuando la unión sea superior a dos años.
- Los hijos menores de 18 años que dependan económicamente del afiliado.
- Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del afiliado.
- Los hijos entre los 18 y 25 años, cuando sean estudiantes de tiempo completo (20 horas semanales en institución de educación formal básica media o superior aprobada por Ministerio de Educación) y dependan económicamente del afiliado.
- Los hijos del cónyugue o compañero(a) permanente del afiliado que se encuentren en las situaciones definidas en los numerales c y d.
- A falta de cónyuge o compañero permanente y de hijos, los padres del afiliado que no estén pensionados y dependan económicamente de este.
- Los hijos adoptivos desde el momento mismo de su entrega a los padres adoptantes por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o de alguna de las Casas de Adopción.

INGRESO / SALIDA DEL PAÍS: Habrá lugar a interrupción de la afiliación sin pérdida de la antigüedad ni pago de los períodos por los cuales se interrumpe la cotización, cuando el afiliado cotizante o pensionado y sus beneficiarios residan temporalmente en el exterior y reanuden el pago de sus aportes dentro del mes siguiente a su regreso al país.
17. Interrupción de Afiliación por Salida del País: Cuando el cotizante o pensionado y sus beneficiarios interrumpen la cotización a la EPS por salida temporal del país. Habrá lugar a interrupción de la afiliación sin pérdida de la antigüedad ni pago de los períodos por los cuales se interrumpe la cotización, debiendo comunicar tal circunstancia a la EPS a la cual se encuentra afiliado. (Artículo 59 Decreto 806/98). No obstante, deberá aportar el punto de solidaridad (1.5%) de que trata el artículo 204 de la Ley 100 de 1993 por todo el tiempo que estuvo fuera del país. (Artículo 59 Decreto 806/98).
18. Activación de Afiliación por Ingreso al País: Cuando el cotizante o pensionado y sus beneficiarios activan nuevamente la cotización a la EPS debido a su regreso al país. El valor de la cotización se normaliza, es decir debe cotizar acorde con su ingreso base de cotización actual los próximos aportes dentro del mes siguiente a su regreso al país.

RETIRO AFILIADOS COTIZANTES: Por medio de esta novedad el cotizante da por terminado el contrato de salud con la EPS.
19. Fallecimiento: Cuando el cotizante o Beneficiario fallece, por lo tanto su afiliación al SGSSS se cancela.
20. Perdida de Capacidad de Pago: Cuando el cotizante, declara que su capacidad económica no le permite dar continuidad al pago de aportes a la EPS del régimen contributivo.
21. Retiro de la Empresa: Cuando el cotizante pierde el vínculo laboral con la empresa que reporto al momento de afiliarse como cotizante a la EPS.
22. Traslado a Régimen de Excepción: Las personas no pueden encontrarse afiliados a Régimen Contributivo y simultáneamente a un régimen de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol), salvo que demuestren su desafiliación a dicho sistema.
23. Traslado a Régimen Subsidiado: Las personas no pueden encontrarse afiliados a Régimen Contributivo y simultáneamente al Régimen Subsidiado, lo cual no es permitido por la ley.
24. Traslado a Otra EPS: Cuando el cotizante reporta cambio de EPS en su afiliación al SGSSS.

EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS: Cuando el cotizante rompe la dependencia económica con su beneficiario y/o no cumple con los requisitos exigidos por la ley, para sustentar tal condición se deben presentar alguno de los siguientes casos:
25. Fallecimiento: Cuando el Beneficiario falleció y por lo tanto su afiliación al SGSSS se cancela.
26. Separación o Divorcio: Cuando el cotizante rompe su dependencia económica con su beneficiaria cónyuge/compañera, debido a separación, divorcio o nulidad de matrimonio.
27. Traslado a Régimen de Excepción: Las personas no pueden encontrarse afiliados a Régimen Contributivo y simultáneamente a un régimen de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol), salvo que demuestren su desafiliación a dicho sistema.
28. Traslado a Régimen Subsidiado: Las personas no pueden encontrarse afiliados a Régimen Contributivo y simultáneamente al Régimen Subsidiado, lo cual no es permitido por la ley.
29. Otras Exclusiones: Cualquier otra circunstancia por la cual el cotizante quiera o deba retirar beneficiario directo o del grupo familiar.

NOVEDADES DE TRASLADO
30. Beneficiario entre Cotizantes: Situación en la que el beneficiario pasa a depender de otro cotizante económicamente, por ejemplo si los dos padres cotizan al sistema, y el beneficiario esta a cargo del papá cotizante pero se separan los padres, y el hijo pasa a ser parte del contrato de la mamá cotizante.
31. Cotizante a Beneficiario: Situación en la que el afiliado cotizante se vuelve dependiente económicamente y pasa a ser afiliado beneficiario en cabeza de un cotizante, según lo establecido por la ley.
32. De Beneficiario a Cotizante: Situación en la que el afiliado beneficiario adquiere independencia económica y por tal motivo deja de ser parte de su cotizante actual, pasando a ser afiliado cotizante con una relación laboral activa.
33. Beneficiario a UPC Adicional: Situación en la cual el afiliado beneficiario cambia su condición de beneficiario directo por beneficiario adicional o UPC adicional, según lo establecido por a ley.
34. Beneficiario UPC Adicional a Beneficiario: Situación en la cual el afiliado beneficiario adicional cambia su condición de beneficiario UPC adicional por beneficiario directo según lo establecido por la ley.
35. Dependiente a Pensionado: Situación en la cual el afiliado dependiente, pierde su condición laboral y se pensiona.
36. Dependiente a Independiente: Situación en la cual el afiliado dependiente, finaliza su vinculación laboral y se vincula como independiente.
37. Independiente a Dependiente: Situación en la cual el afiliado independiente, finaliza su vinculación como independiente, y se vincula como dependiente.
38. Independiente a Pensionado: Situación en la cual el afiliado independiente, finaliza su afiliación como independiente, y se pensiona.
39. Pensionado a Dependiente: Situación en la cual el afiliado pensionado, finaliza su vinculación por sustitución pensional y adquiere independencia económica, por contratación laboral.
40. Pensionado a Independiente: Situación en la cual el afiliado pensionado, finaliza su vinculación por sustitución pensional y adquiere independencia económica, por capacidad de pago.
41. Independiente RIB: Situación en la cual el afiliado independiente, se clasifica como independiente de bajos ingresos tipo 41 (pago por tercero) y/o tipo 42 (pago solo salud).
42. Cambio de Fecha Afiliación al SGSSS: Situación en la cual el afiliado certifica mediante comunicación de otra entidad la fecha de afiliación al SGSSS.
43. Cambio de Semanas Cotizadas: Situación en la cual el afiliado certifica mediante comunicación de otra entidad las semanas de semanas cotizadas.

NOVEDADES COTIZANTE
44. Cambio de Empleador: Se utilizara cuando el cotizante cambia de empleador y debe reportar el nuevo empleador.
45. Empleador Adicional: Novedad que reporta el afiliado cotizante al contraer una nueva relación laboral con otro empleador y conserva activa la relación laboral que presenta en la actualidad con la anterior empresa. Es decir más de un empleador con el que va a tener vinculación laboral y aportes.
46. Reingreso a la EPS: Novedad en la cual el afiliado cotizante, estando retirado de la EPS, vuelve a contraer una relación laboral y se activa nuevamente al SGSSS.
47. Unificar Cónyuges Cotizantes: Situación en la cual el afiliado cotizante, reporta a su cónyugue como cotizante en la misma EPS, con el fin de unificar a los dos cónyugues cotizantes como un solo grupo familiar, para la asignación en el nivel para atención y adición de padre sin UPC adicional si cumple con el 150%.

NOVEDADES BENEFICIARIO
48. Discapacidad: Situación en la cual el afiliado beneficiario, reporta mediante certificado medico de la EPS, discapacidad y grado. Deberá actualizar anualmente su condición de discapacidad temporal y/o discapacidad permanente solo le reportará una vez para toda la afiliación.
49. Incapacidad: Situación en la cual el afiliado beneficiario, reporta mediante certificado medico de la EPS, incapacidad y grado. Deberá actualizar anualmente su condición de incapacidad temporal y/o incapacidad permanente solo le reportará una vez para toda la afiliación.
50. Estudios: Situación en la cual el afiliado beneficiario, entre 18 a 25 años reporta su calidad de estudiante vigente, mediante certificado de estudios expedido por una entidad educativa. Deberá actualizar semestralmente los certificados para beneficiarios que se encuentren estudiando entre 18 y 25 años de edad.
Actualización de Documentos/Documentos soportes a la Operación: Por medio de esta novedad el cotizante o beneficiario modifica y/o actualiza la información que soporta su condición de afiliado.
- Documento de Identidad
- Registro Civil donde Conste Parentesco
- Registro civil de Matrimonio
- Certificado de Escolaridad
- Certificado de Defunción
- Certificado de Discapacidad
- Certificado de Incapacidad
- Certificado de Medico de la EPS
- Certificado de Adopción (ICBF)
- Certificación de Supervivencia de Notaria
- Certificación de Estado Documento Registraduría
- Acta de Divorcio
- Extrajuicio de no convivencia
- Declaración Juramentada Vocación de Permanencia
- Declaración Juramentada de Convivencia
- Declaración Juramentada de Dependencia Económica
- Declaración Juramentada en Notaria Independiente de Bajos Ingresos
- Declaración Juramentada pago por tercero

PARTE II. INFORMACIÓN DE COTIZANTE Y LOS BENEFICIARIOS (ESTA INFORMACIÓN DEBER SER DILIGENCIADA EN SU TOTALIDAD Y CORRESPONDE A LOS DATOS REQUERIDOS POR LA EPS DEL COTIZANTE Y SUS BENEFICIARIOS)
Nacionalidad: Diligencie su procedencia o nacionalidad según su país de origen tanto el cotizante y beneficiarios.
Tipo de Identificación: Marque con una equis (X), en el recuadro con la abreviatura del tipo de documento de identificación del cotizante o cabeza del grupo familiar y beneficiarios.
- C.C: Cédula de Ciudadanía
- C.E : Cédula de Extranjería
- P.A : Pasaporte
- T.I: Tarjeta de Identidad
- R.C : Registro Civil de Nacimiento
- C.D : Carné Diplomático
- NUIP: Número único de Identificación
- MS: Número de Menor sin Identificación

Número de Identificación: Escriba el número de identificación con el cual esta registrada la afiliación del cotizante y beneficiarios con su respectivo digito de verificación.
Municipio de Expedición: Diligencie el municipio en donde fue expedido su documento de identidad para el cotizante y beneficiarios.
Fecha de Expedición: Diligencie la fecha en la cual se expidió el documento de identidad del cotizante y beneficiarios, en el siguiente orden: DÍA (dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (cuatro dígitos numéricos).
Fecha de afiliación al SGSSS: Diligencie la fecha en la cual se expidió el documento de identidad del cotizante y beneficiarios, en el siguiente orden: DIA (dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (cuatro dígitos numéricos) de la fecha en la cual el cotizante ingreso al Sistema General de Seguridad Social y de Salud.
Primer apellido, Segundo Apellido, Primer nombre y Segundo nombre: Escriba todos los apellidos y los nombres del cotizante y beneficiarios.
Sexo: Marque con una equis (X), al frente de la casilla correspondiente: M = Masculino o F = Femenino tanto cotizante y beneficiarios.
Fecha de Nacimiento: Diligencie la fecha de nacimiento del cotizante y beneficiarios en el siguiente orden: DIA (dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (cuatro dígitos numéricos).
Origen de la Afiliación: Marque con una equis (X), según corresponda al origen de la afiliación del cotizante y los beneficiarios en la EPS: Nuevo en el SGSSS, Traslado de EPS, Traslado de Régimen, Reingreso \traslado.
Parentesco: Marque con una equis (X), según corresponda al parentesco con el cotizante: Cónyuge, Compañero (a), Hijo (a), Padre/ Madre.
Discapacidad: Marque con una equis (X), SI o NO, el cotizante o los beneficiarios presentan algún tipo de discapacidad.
Tipo de Discapacidad: Marque con una equis (X), el tipo de discapacidad: Mental, Sensorial Auditiva, Sensorial Visual.
Grado de Discapacidad: Marque con una equis (X), el grado de discapacidad: Leve, Moderada, Severa.
Incapacidad Permanente: Marque con una equis (X), SI o NO, el cotizante o el beneficiario presenta incapacidad permanente.
Tipo Incapacidad: Marque con una equis (X), el tipo de Incapacidad: Invalidez, Incapacidad permanente Parcial.
Grado de Incapacidad: Marque con equis (X), el grado de Incapacidad: Moderada 15% a 25%, Severa 25% a 50%, Profunda igual o mayor a 50%.

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ANTERIOR/ ENTIDAD DE PREVENCIÓN ANTERIOR
Nombre de la Entidad o EPS: Escriba el nombre de la EPS, que prestaba los servicios de salud antes de la actual EPS.
Fecha de Retiro EPS Anterior: Diligencie la fecha de retiro de la anterior Entidad de previsión o Entidad prestadora de servicios (EPS), en el siguiente orden: DÍA (dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (cuatro dígitos numéricos).
Excepción de Movilidad: Marque con una equis (X), si existe o no excepción de movilidad.
Justificación: Marque con una equis (X), si su solicitud de afiliación corresponde a una excepción contemplada por la norma para efectuar un traslado de otra EPS sin el cumplimiento del tiempo mínimo de permanencia únicamente por las siguientes causales debidamente soportadas: Sin cobertura o Unificación del Grupo Familiar.

DATOS DE UBICACIÓN
Dirección residencia: Escriba la dirección completa y sin abreviaturas del lugar de residencia del cotizante y sus beneficiarios.
Número Teléfono residencia: Escriba el número de teléfono perteneciente al lugar de residencia del cotizante y sus beneficiarios.
Ciudad Residencia: Escriba el municipio donde reside el cotizante y sus beneficiarios.
Departamento de Residencia: Escriba el municipio donde reside el cotizante y sus beneficiarios.
Zona Residencia: Seleccione con una equis (X), la ubicación residencial donde se encuentra el lugar de residencia del Cotizante y sus beneficiarios: Urbana o Rural.
Celular Personal: Escriba el número de teléfono celular del cotizante y sus beneficiarios.
Correo Electrónico Personal: Escriba el correo electrónico donde pueda contactarse al cotizante y sus beneficiarios.
IPS de Atención Médica: Diligencie el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud en la cual desea le sean prestados los servicios de Salud.

DOCUMENTOS SOPORTES ENTREGADOS ALA EPS CON ESTE FORMULARIO (MARQUE CON UNA EQUIS (X) EL TIPO DE DOCUMENTO ENTREGADO CORRESPONDIENTE A COTIZANTE O BENEFICIARIO)
- Afiliación ARP
- Afiliación ARP
- Acta de Divorcio
- Autorización Descuento Pago Nomina
- Certificación Asociación de Padres
- Certificación de la Empresa
- Certificación Entidad Agrupadora/Agremiadora/Mutual/Asociación
- Certificación EPS Anterior
- Certificación ICBF
- Certificación Régimen de Excepción
- Certificación Subsidio Desempleo CCF
- Certificado de Defunción
- Certificado de Discapacidad
- Certificado de Estado Documento Registraduría
- Certificado de Incapacidad Permanente
- Certificado de Supervivencia de Notaria
- Certificado del Establecimiento Educativo
- Certificado Entidad Administradora
- Certificado Médico de la EPS
- Certificado Nacido Vivo
- Comprobante de Pago Pensión
- Contrato de Trabajo
- Convenio Trabajo Asociado
- Cuestionario de Salud
- Declaración de Cotizante Donde Acredita Convivencia
- Declaración Extrajuicio Acreditando Perdida Capacidad de Pago
- Declaración Extrajuicio acreditando perdida de calidad de beneficiario
- Declaración Juramentada Bajos Ingresos ante Notario
- Declaración Juramentada de Dependencia Económica
- Declaración Juramentada de Lugar de Residencia que indique Retiro por Falta de Cobertura
- Declaración Juramentada de Vocación de Permanencia
- Declaración Juramentada en donde acredite la no Dependencia Económica
- Declaración Juramentada Pago Tercero
- Declaración Juramentada Representante Legal
- Documento de Identidad
- Extrajuicio de no Convivencia
- Pasaporte
- Planilla de pago UPC Adicional
- Presunción de Ingresos IBC Independientes
- Recibo de Servicio Público
- Registro Civil de Matrimonio
- Registro Civil donde conste Parentesco
- Resolución Pensión
- Tiquete Aéreo

SI LAS NOVEDADES QUE ESTA REPORTANDO SON LAS # 17 Y 18, POR FAVOR DILIGENCIE LOS SIGUIENTES DATOS:
Fecha de salida del País: Diligencie la fecha de salida del país, en el siguiente orden: DIA (Dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (Cuatro dígitos numéricos).
Fecha de ingreso al País: Diligencie la fecha de ingreso al país, en el siguiente orden: DIA (Dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (Cuatro dígitos numéricos).
Soportes: Marque con equis(X), el soporte que posee: Tiquete, Pasaporte.
SI LA NOVEDAD ES 19 Y 25, POR FAVOR DILIGENCIE LOS SIGUIENTES DATOS:
Fecha de Fallecimiento: Diligencie la fecha de fallecimiento en el siguiente orden: DIA (dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (cuatro dígitos numéricos).
Persona que reporta la Novedad: Diligencie con nombre y apellidos la persona que esta reportando la novedad.
SI LA NOVEDAD ES 30 Y 31 DILIGENCIE LA INFORMACIÓN DEL NUEVO COTIZANTE A CARGO
Tipo de Identificación: Marque con una equis (X), en el recuadro con la abreviatura del tipo de documento de identificación del cotizante o cabeza del grupo familiar y beneficiario.
- C.C: Cédula de Ciudadanía
- C.E : Cédula de Extranjería
- P.A : Pasaporte
- T.I: Tarjeta de Identidad
- R.C : Registro Civil de Nacimiento
- C.D : Carné Diplomático
- NUIP: Número único de Identificación
- MS: Número de Menor sin Identificación

Nombres y Apellidos: Escriba todos los nombres y apellidos del cotizante o beneficiario.
Número de Identificación: Escriba el número de identificación con el cual esta registrada la afiliación del cotizante y beneficiario.

INFORMACIÓN EXCLUSIVA DEL COTIZANTE Y SI LA NOVEDAD QUE REPORTA ES LA # 47 FAVOR DILIGENCIAR
Estado Civil del Cotizante: Marque con una equis (X), el estado civil del cotizante:
- Soltero
- Casado
- Divorciado
- Viudo
- Unión Libre
- Carne diplomático

Identificación Cónyuge: Diligencie completo el numero de documento de identificación del cónyuge tal como se encuentra en el documento de identidad.
Tipo de Identificación Cónyuge: Seleccione con una equis(X), el tipo de documento de identificación que desea relacionar, teniendo en cuenta que se trata de la identificación del cónyuge.

- C.C : Cédula de Ciudadanía
- C.E : Cédula de Extranjería
- P.A : Pasaporte
- T.I : Tarjeta de Identidad
- C.D : Carne Diplomático

Cotiza al SGSSS: Marque con una equis (X), SI o NO en el caso en el cual el cónyuge o compañero permanente del cotizante se encuentre cotizando a una EPS.
Número de Afiliación Cónyuge: Diligencie completo el numero de afiliación del cónyuge.

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE LIBRE ESCOGENCIA DE EPS (Entidad Promotora de Salud) e IPS (Institución Prestadora de Servicios).
Permite declarar la libre escogencia de la EPS e IPS del cotizante y su grupo familiar. Bajo la gravedad de juramento declaro que la información del cotizante y beneficiarios, diligenciados en este formulario son reales, incluidos los datos relacionados con su EPS anterior y en constancia firmo a continuación "Decreto 806, Art.48".
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE DEPENDENCIA ECONÓMICA.
Permite declarar la dependencia económica de los beneficiarios frente al cotizante, en constancia firmo a continuación "Decreto 1703, Art.3, Ítem 2".
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE CONVIVENCIA.
Debe diligenciar el nombre completo del compañero(a) permanente así como su número y tipo de identificación. Permite Declarar la convivencia del compañero(a) permanente del cotizante, en constancia firmo a continuación "Decreto 1703, Art. 3 ítem 2".
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE ESTADO CLÍNICO
Permite declarar que la información del cuestionario de salud contiene el estado de salud actual y pasado además de los antecedentes familiares y personales tales como clínicos, epidemiológicos y toxicológicos, en constancia firmo a continuación "Resolución 261 Art.15".
EN TODOS LOS CASOS EL COTIZANTE DEBE PONER SU HUELLA DACTILAR.

PARTE III. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR- TRABAJADORES DEPENDIENTES Y PENSIONADOS
Tipo de Identificación Empleador: Seleccione con una equis (X), el tipo de documento de identificación que desea relacionar, teniendo en cuenta que se trata de la identificación del empleador.
- NIT. : Número de Identificación Tributaria
- C.C : Cédula de Ciudadanía
- C.E. : Cédula de Extranjería
- P.A : Pasaporte
- T.I : Tarjeta de Identidad
- C.D : Carne Diplomático

Número de Identificación: Escriba el numero de documento de identificación del empleador con su respectivo digito de verificación (DV).
Nombre o Razón Social /Entidad Pensional: Escriba el nombre o razón social del empleador.
Sector de la Empresa: Seleccione con una equis (X), el tipo de empresa a la cual corresponde el empleador: Privada, Mixta, Oficial.
Dirección de la sede principal: Escriba la dirección de la sede principal donde el empleador desarrolla las actividades.
Municipio: Escriba el municipio donde la empresa efectúa su actividad.
Departamento: Escriba el municipio donde reside la empresa.
Ubicación laboral: Seleccione con una equis (X), la Zona Rural o Urbana que corresponda a la ubicación de la empresa (Departamento de Nómina o Área de Recursos Humanos).
Teléfono: Diligencie el número telefónico de la Empresa, por favor incluya la extensión del Departamento de Recursos Humanos o Nómina.
Fax: Diligencie el número telefónico fax de la Empresa, por favor incluya la información del Departamento de Recursos Humanos o Nómina.
Correo Electrónico Empresa: Diligencie el correo electrónico o mail de la Empresa.
Página Web Empresa: Diligencie la página Web/ Internet de la Empresa.
Actividad Económica: Escriba la actividad económica que desarrolla el empleador.
Administradora de Riesgos Profesionales ARP: Escriba el nombre de la Administradora de Riesgos Profesionales a la que se encuentra afiliado el empleador.
Numero de Empleados: Registre el numero de empleados que actualmente se encuentran laborando en la empresa.
Contacto de Nómina – Nombre del Jefe Departamento de Nómina: Diligencie el nombre completo del contacto en nómina o del Jefe del Departamento de Nómina.
Correo Electrónico del Jefe de Departamento de Nómina: Diligencie el correo electrónico del Jefe del Departamento de Nómina o del contacto de nómina.
Numero de Resolución: Registre el número de resolución con el cual le expidieron su pensión.
Fecha Resolución: Diligencie la fecha en la cual fue radicado el numero de resolución con el cual le expidieron su pensión, de acuerdo con el siguiente orden: DIA (dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (cuatro dígitos numéricos)

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO COTIZANTE
Fecha Ingreso a la Empresa: Diligencie la fecha en la cual el cotizante ingresó a laborar en la Empresa de acuerdo con el siguiente orden: DIA (dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (cuatro dígitos numéricos)
Ocupación o Cargo: Diligencie el cargo que desempeña actualmente el cotizante en la Empresa.
Salario Ingreso: Seleccione con una equis (X), el tipo de salario que usted devenga: Básico, Integral, Fijo o Variable.
IBC o Valor Mesada Pensional: El IBC tendrá un límite máximo de 20 salarios mínimos legales vigentes, Diligencie en este campo la cifra correspondiente al dato que se obtiene de la siguiente manera:
El ingreso base de cotización de los empleados del sector privado está constituido por los siguientes factores:
- Remuneración fija o variable
- Primas sobre sueldo
- Bonificaciones habituales
- Horas extras dominicales y festivos
- Porcentajes sobre ventas
- Comisiones y viáticos permanentes

El ingreso base de cotización para los servidores públicos está constituido por:
- La asignación básica mensual
- Gastos de representación
- Prima técnica, ascensional de antigüedad o de capacitación cuando sea factor salarial
- Remuneración por dominicales o festivos
- Horas extras o jornadas nocturnas
- Bonificación por servicios

Para los empleados con salario integral la base de cotización será del 70% de su salario.
Administradora de Fondo de Pensiones AFP: Escriba el nombre de la Administradora de fondo de pensiones, a la que se encuentra afiliado el empleado o cotizante.
Dirección Laboral: Diligencie la dirección de la Empresa en la cual trabaja el cotizante.
Teléfono Laboral: Diligencie el numero de telefónico donde trabaja el cotizante (omita el indicativo).
Fax Laboral: Diligencie el numero de fax donde trabaja el cotizante (omita el indicativo).
Celular Laboral: Diligencie el numero celular laboral donde trabaja el cotizante.
Correo Electrónico Laboral: Diligencie el correo electrónico laboral del cotizante.
Municipio Laboral: Diligencie el nombre del municipio o ciudad correspondiente al lugar donde trabaja el cotizante.
Departamento Laboral: Diligencie el nombre del Departamento correspondiente al lugar donde trabaja el cotizante.
Zona Laboral: Seleccione con una equis (X), la zona Rural o Urbana que corresponde a la ubicación donde trabaja el cotizante.

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE LIBRE ESCOGENCIA DE ARP (Administradora de riesgos profesionales), AFP (administradora de fondo de pensiones).
Permite declarar la libre escogencia de la ARP y AFP del cotizante. Bajo la gravedad de juramento declaro que la información del cotizante, diligenciados en este formulario son reales y en constancia firmo a continuación "Decreto 1406 Art. 4". Confirmándola a través de su firma del representante legal o personal autorizado por nomina además de la firma y sello del empleador.

PARTE IV. SEI - INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMLMV
Actividad Económica: Diligencie la actividad de la cual deriva sus ingresos.
Principal municipio donde desarrolla su actividad: Diligencie lugar municipio o cuidad donde desarrolla su actividad económica.
Productor Agropecuario: Señale con una (X), SI es o NO productor agropecuario.
Nivel de Escolaridad: Seleccione con una equis (X), la casilla correspondiente al máximo nivel de escolaridad alcanzado de acuerdo con la siguiente condición: Ninguno, primaria (básico), secundaria (bachillerato), Técnica, Superior (Tecnólogo o Profesional), Especializada.
Ultimo grado aprobado: Diligencie el último grado aprobado de acuerdo a su nivel educativo.
Posee Vivienda Propia: Marque con una equis (X), en la casilla correspondiente SI o NO posee vivienda propia.
Tamaño de la Empresa: Marque con una equis (X), la casilla correspondiente al tamaño de la empresa, de acuerdo al numero de empleados que posee: 1 empleado, 2 a 9 empleados, 10 o mas empleados.
Ingreso Base de Cotización: Corresponde a la cifra en base a la cual se cotizará mensual de acuerdo al calculo del Sistema de Estimación de Ingresos o a la información de Ingreso Real presentada.
Posición Ocupacional: Seleccione con una equis (X), la casilla correspondiente a su desempeño: Patrón/Empleador, Trabajador por cuenta propia.
Experiencia Laboral: Escriba el número de años y meses de experiencia laboral total.
Sistema de Clasificación de Ingresos: Marque con una equis (X), la casilla correspondiente a la modalidad de clasificación de ingresos. Ingreso real, certificado de contador público, certificado de prestación de servicios, Presunción SEI (Sistema de Estimación de Ingresos).
Administradora de Riesgos Profesionales ARP: Indique el nombre de la Administradora de Riesgos Profesionales y su código.
Administradora de Fondo de Pensiones AFP: Indique el nombre de la Administradora de Fondo de Pensiones y su código.
Cotización se apagara a través de Agrupadora: Marque con una equis (X), la opción correspondiente. Tenga presente que las entidades agrupadoras pueden ser cooperativas, asociaciones, agremiaciones, etc. A través de las cuales de manera voluntaria, los trabajadores independientes pueden pagar a la entidad administradora los aportes correspondientes, esta condición no genera vínculo laboral alguno
Nombre o Razón Social de la Agrupadora: Diligencie el Nombre o Razón Social de la agrupadora, tal como aparece en el Registro de la Cámara de Comercio.
Numero de identificación Agrupadora: Diligencie el número de identificación completo de la Entidad que esta a cargo de su cotización. No olvide incluir el digito de Verificación DV.
Dirección Agrupadora: Diligencie la dirección correspondiente a la Sede Principal de la Entidad Agrupadora.
Teléfono Agrupadora: Diligencie el número telefónico correspondiente a la Sede Principal de la Entidad Agrupadora.
Fax Agrupadora: Diligencie el número de fax correspondiente a la Sede Principal Entidad Agrupadora.
Correo electrónico Agrupadora: Diligencie el correo electrónico de la Entidad Agrupadora.
Ciudad Agrupadora: Diligencie el Municipio o ciudad donde se encuentra la Sede Principal de la Entidad Agrupadora.
Departamento Agrupadora: Diligencie el nombre del Departamento correspondiente al lugar de ubicación de la Sede Principal de la Entidad Agrupadora.
Zona: Seleccione con una equis (X), la Zona Rural o Urbana que corresponda a la ubicación de la Sede Principal de la Entidad Agrupadora.

PARTE V. RIB-INFORMACION PARA SE DILIGENCIADA POR LOS COTIZANTES INDEPENDIENTES SIN INGRESOS PAGO POR TERCERO Y COTIZANTES PAGO SOLO SALUD
Grupo Poblacional: Marque con una equis (X), la opción a la cual pertenece el cotizante:

- Indígenas
- Población Infantil a cargo del ICBF
- Artistas, Autores, Compositores
- Discapacitado
- Desmovilizado
- Desplazado
- Población en centros Psiquiátricos
- Migratorios
- Población en centros carcelarios
- Población rural migratoria
- Población rural no migratoria
- Grupo poblacional no determinado
- No aplica

Ingreso Mensual: Diligencie el IBC de acuerdo a sus ingresos iguales o inferiores a un (1) salario mínimo legal mensual vigente, diligencie en este campo la cifra correspondiente.
Tipo de Vivienda: Marque con una equis (X), en la casilla correspondiente el tipo de vivienda que ocupa: Arrendada, familiar, propia, usufructo u ocupación.
Nivel de Escolaridad: Seleccione con una equis (X), la casilla correspondiente al máximo nivel de escolaridad alcanzado de acuerdo con la siguiente condición: Ninguno, básico (primaria), secundaria (bachillerato), Técnica, Superior (Tecnólogo o Profesional), Especializada.
Posición Ocupacional: Seleccione con una equis (X), la casilla correspondiente a su desempeño: Patrón/Empleador, Trabajador por cuenta propia.
Número de Notaria donde Declaro: Diligencie el número de la notaria donde realizo la declaración juramentada de bajos ingresos ante notario.
Fecha de Declaración: Diligencie la fecha en la cual realizo la declaración juramentada de bajos ingresos ante notario, en el siguiente orden: DIA (dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (cuatro dígitos numéricos).
Municipio Declaración: Diligencie el municipio donde realizo la declaración juramentada de bajos ingresos ante notario.
Actividad Económica: Diligencie la actividad de la cual deriva sus ingresos.

SOLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE SIN INGRESOS PAGO POR TERCERO (CÓDIGO DE PAGO 41)
Tipo de Identificación del Tercero: Seleccione con una equis(X), el tipo de documento de identificación que desea relacionar, teniendo en cuenta que se trata de la identificación del tercero.

- NIT. : Número de Identificación Tributaria
- C.C : Cédula de Ciudadanía
- C.E. : Cédula de Extranjería
- P.A : Pasaporte
- C.D: Carne Diplomático

Número de identificación del Tercero que realiza el aporte: Diligencie el número de identificación completo del tercero ya sea (C.C, C.E., P.A., C.D.) si es persona natural o (NIT) si es una empresa la que esta a cargo de su cotización. No olvide incluir el digito de Verificación.
Nombre del Tercero: Diligencie el Nombre si es persona natural o Razón Social de la Empresa, tal como aparece en el Registro de la Cámara de Comercio.

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE PAGO POR TERCERO.
Permite declarar la veracidad de la información del pago por tercero, en constancia firmo a continuación en calidad de representante legal, persona natural, "Resolución 1155, Art.2".
Firma y Sello del Empleador: Registre la firma de la persona a quien el empleador autorice como responsable de la información contenida en el formato.

PARTE VI. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS
Fuerza de Ventas / Consultor Integral: Diligencie el nombre completo (nombres y apellidos) del canal que realizo la afiliación a la EPS del usuario. Por favor registre el tipo y numero de documento de identidad del canal que realizo la afiliación ala EPS del usuario, este debe corresponder al nombre del personal de ventas o al consultor integral de la Oficina de Atención al usuario.
Nombre Director Seccional/ Coordinador Comercial: Diligencie el nombre completo (nombres y apellidos) del Jefe del Asesor comercial que realizo la afiliación. Registre el tipo y el numero de documento de identidad del Director Seccional/ Coordinador Comercial, Jefe del Asesor que realizo la afiliación.
Procesado – Comercial / Línea de Frente / Operaciones: diligencie los siguientes datos del usuario que realizo el procedimiento:
- El usuario del sistema. Ejemplo: jfarfanc.
- Tipo y número de documento de identidad. Ejemplo: C.C 80732333
- Fecha en al cual se realizo el procesamiento de la Afiliación a la EPS, en el siguiente orden: DIA (dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (cuatro dígitos numéricos)

Radicado - Línea de Frente- Operaciones: Diligencie los siguientes datos del usuario que realizo la radicación y recepción de documentos el procesamiento:
- El usuario del sistema. Ejemplo: jfarfanc.
- Tipo y número de documento de identidad. Ejemplo: C.C 80732333
- Fecha en al cual se realizo la radicación de la Afiliación ala EPS, en el siguiente orden: DIA (dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (cuatro dígitos numéricos).

Digitalizando – operaciones: Diligencie los siguientes datos del usuario que realizo la digitalización de los documentos:
- El usuario del sistema. Ejemplo: jfarfanc.
- Tipo y número de documento de identidad. Ejemplo: C.C 80732333
- Fecha en al cual se realizo la digitalización de la Afiliación a la EPS, en el siguiente orden: DIA (dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (cuatro dígitos numéricos).

Auditado Operaciones: Diligencie los siguientes datos del usuario que realizo la auditoría a la afiliación:
- El usuario del sistema. Ejemplo: jfarfanc.
- Tipo y número de documento de identidad. Ejemplo: C.C 80732333
- Fecha en al cual se realizo la auditoría de la Afiliación a la EPS, en el siguiente orden: DIA (dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (cuatro dígitos numéricos).

DOCUMENTOS SOPORTES A LA NOVEDAD ENTREGADOS A LA EPS (Por favor marque con una equis (X), el tipo de documento entregado correspondiente a cada beneficiario)

	Afiliación AFP	Afiliación ARP	Acta de Divorcio	Autorización Descuento Pago Nómina	Certificación Asociación de Padres	Certificación de la Empresa	Certificación Entidad Agrupadora/Agremiador /Mutual	Certificación EPS Anterior	Certificación ICBF	Certificación Régimen de Excepción	Certificación Subsidio Desempleo CCF	Certificado de Defunción	Certificado de Discapacidad	Certificado de Estado Documento Registraduria	Certificado de Incapacidad Permanente	Certificado de Supervivencia de Notaria	Certificado del Establecimiento Educativo	Certificado Entidad Administradora	Certficado Médico de la EPS	Certificado Nacido Vivo	Comprobante de Pago Pensión	Contrato de Trabajo	Convenio Trabajo Asociado	Cuestionario de Salud	Declaración de Cotizante Donde Acredita Convivencia	Declaración Extrajuicio Acreditando Pérdida Capacidad de Pago	Declaración Extrajuicio Acreditando Pérdida de Calidad de Beneficiario	Declaración Juramentada Bajos Ingresos ante Notario	Declaración Juramentada de Dependencia Económica	Declaración Juramentada de Lugar de Residencia que Indique Retiro por Falta de Cobertura	Declaración Juramentada de Vocación de Permanencia	Declaración Juramentada en Dónde Acredite la No Dependencia Económica	Declaración Juramentada Pago Tercero	Declaracion Juramentada Representante Legal	Documento de Identidad	Extrajuicio de No Convivencia	Pasaporte	Planilla de Pago UPC Adicional	Presunción de Ingresos IBC Independientes	Recibo de Servicio Público	Registro Civil de Matrimonio	Registro Civil Dónde conste Parentesco	Resolución Pensión	Tiquete Aéreo
COTIZANTE																																												
BENEF. 1																																												
BENEF. 2																																												
BENEF. 3																																												
BENEF. 4																																												