



EMSSANAR S.A.S.  
 Registro en Cámara de Comercio No.15233 libro IX. Octubre 24 de 2016  
 Nit. 901 021 565 - 8

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

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"/> 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	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	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	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
18. Residencia			
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad/Comuna	Departamento

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	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 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	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
B1			D D M M A A A A
B2			D D M M A A A A
B3			D D M M A A A A
B4			D D M M A A A A
B5			D D M M A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Condición T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	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 ETIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Numero del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación			
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito   Departamento

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

40. Tipo de Novedad

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.   | <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas     |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.   | <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.  | <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo                    |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.                                     | <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado  |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS.<br>Código <input type="text"/>                  | <input type="checkbox"/> 14. Traslado : <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen                           |
| <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.   | <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen   |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                   | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.  |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                   | <input type="checkbox"/> 16. Reporte de trámite de protección al cedante.                                   |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar .                   | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de pre-pensionado.                                       |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando . | <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	
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento		42. Fecha	
				D D M M A A A A		D D M M A A A A	

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	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 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.
- 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 adicional al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

Viii. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. E 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:
- 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 al que declare la separación de cuerpos de 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 del bebeficiario 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 <input type="text"/>   Código del departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de 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	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Número del 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.