

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☐ D. De Oficio ☐ A. Individual: - Beneficiario o Afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐		4. Contribución solidaria Si ☐ No ☐	
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐		6. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		7. Código (a registrar por la EPS)			

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres Primer Apellido: FIGUERO Segundo Apellido: ECHEVERRY Primer Nombre: DIEGO Segundo Nombre: STIVEN		9. Tipo de documento de identidad CC		10. Número del documento de identidad 1032939966		11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒		12. Sexo identificación F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐		13. Nacionalidad COLOMBIANA	
14. Lugar de nacimiento BOGOTÁ D.C.		País COLOMBIA		Departamento CUNDINAMARCA		Municipio BOGOTÁ D.C.		15. Fecha de nacimiento 29/09/2006			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad Si ☐ No ☒		19. Tiene encuesta SISBEN Si ☐ No ☐		20. Clasificación SISBEN Nivel ☐ Grupo ☐		21. Grupo de población especial	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SURA				23. Administradora de Pensiones COLPENSIONES				24. Ingreso base de cotización - IBC 1.720.000		25. Tarifa Contribución Solidaria	
26. Residencia Dirección: DIAGONAL 146 N° 136A - 59 Teléfono Celular: 3013081666 Correo Electrónico: figuero1101@gmail.com Departamento: CUNDINAMARCA Municipio / Distrito: BOGOTÁ Localidad / Comuna: SUBA Zona: Cabecera Municipal ☒ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐											

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:		28. Tipo de documento de identidad		29. Número del documento de identidad		30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐		31. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐		32. Nacionalidad	
33. Lugar de nacimiento País: Departamento: Municipio:		34. Fecha de nacimiento D D M M A A A A									

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres		36. Tipo de documento de identidad		37. Número del documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico		40. Sexo identificación		41. Lugar de nacimiento		42. Fecha de nacimiento	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre					F	M	T	NB	Otro	País	Departamento	Municipio
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial		47. Tiene encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad		50. Incapacidad permanente		
								Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoría de discapacidad	Si	No
B1																
B2																
B3																
B4																
B5																

51. Datos de residencia

Departamento		Municipio/ Distrito		Zona				Teléfono fijo y/o celular		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
				Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural				
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											
Dirección				Localidad/Comuna				Correo Electrónico			
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

A. AFILIACIÓN

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS				54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)			
C							
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social G. Herrera & Asociados Abogados S.a.s.		56. Tipo documento de identificación NIT		57. Número del documento de identificación 900701533		58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación Dirección AV 6 A B I S # 35 N 1 0 0				Teléfono fijo o Celular 6026594075			
Correo Electrónico g h e r r e r a @ g h a . c o m . c o		Departamento V A L L E		Municipio / Distrito C A L I			

60. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.	☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.	☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 3. Actualización del documento de identificación.	☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código	☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código	☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.
☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.	

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación		Primer Nombre		Segundo Nombre					
Primer Apellido F I G U E R E D O		Segundo Apellido E C H E V E R R Y		Primer Nombre D I E G O		Segundo Nombre S T I V E N			
Tipo de documento de identidad CC		Número del documento de identidad 1032939966		62. Sexo biológico Femenino Masculino ☒		63. Sexo identificación F M ☒ T NB Otro		64. Fecha de nacimiento 2 9 0 9 2 0 0 6	
65. EPS anterior 1 8 0 7 2 0 2 5		66. Fecha de novedad		67. Motivo de traslado Código		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones COLPENSIONES			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
☐ 73. 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.
☐ 74. 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.
☐ 75. 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.
☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria											
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Tipo de documento de identidad		No. del documento de identidad	

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional		81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio	

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo copia del documento de identidad	Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	
☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	
☐ 85. 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.	
☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	
☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	
☐ 88. 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.	
☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 760 de 2016.	
☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
☐ 91. 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.	
Total Anexos	

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		Código del municipio		Código del departamento		93. Nombre de la Institución	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		95. Firma del funcionario		96. fecha de radicación		97. Fecha de validación	
						D D M M A A A A		D D M M A A A A	

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento