



06 3003716

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

07/11/2021

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐	2. Tipo de Afiliación A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia ☒ • Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	Código (a registrar por la EPS)
---	--	---	--	---	------------------------------------

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>María</u> Segundo Apellido: <u>Delgado</u>	7. Tipo de documento de identidad: <u>CC</u>	8. Número del documento de identidad: <u>1101175210</u>	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento: <u>05/05/1987</u>
---	--	---	--	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: <u>Minimo</u>	12. Discapacidad Tipo: <u>F</u> <u>N</u> <u>M</u> Condición: <u>T</u> <u>P</u>	13. Puntaje SISBÉN: <u>92</u>	14. Grupo de población especial: <u>66</u>	15. Administradora de riesgos laborales - ARL: <u>Guía</u>	16. Administradora de pensiones: <u>Protección</u>
17. Ingreso base de cotización - IBC: <u>Minimo</u>	18. Residencia: <u>KE 92 74 SUR 66</u>	Zona Urbana ☒ Rural ☐		Teléfono fijo: <u>312 780 2887</u>	
Municipio / Distrito: <u>San Carlos</u>		Código de Verificación: <u>00000000</u>		Departamento: <u>Cundinamarca</u>	

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: <u>María</u> Segundo Apellido: <u>Delgado</u>	20. Tipo de documento de identidad: <u>CC</u>	21. Número del documento de identidad: <u>1101175210</u>	22. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento: <u>05/05/1987</u>
--	---	--	---	--

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

24. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>María</u> Segundo Apellido: <u>Delgado</u>	25. Tipo de documento de identidad: <u>CC</u>	26. Número del documento de identidad: <u>1024490423</u>	27. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	28. Fecha de nacimiento: <u>05/05/1987</u>	29. Parentesco: <u>Marido</u>	30. Etnia: <u>Minimo</u>
--	---	--	---	--	-------------------------------	--------------------------

31. Discapacidad Tipo: <u>F</u> <u>N</u> <u>M</u> Condición: <u>T</u> <u>P</u>	32. Datos de residencia Municipio / Distrito: <u>San Carlos</u>	Zona Urbana ☒ Rural ☐	Departamento: <u>Cundinamarca</u>	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS): <u>0</u>
---	--	--	-----------------------------------	---

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: <u>Famisanar Colsubsidio</u>	Código de la IPS (a registrar por la EPS): <u>00000000</u>
---	--

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: <u>María Delgado Ruiz</u>	36. Tipo de documento de identificación: <u>CC</u>	37. Número del documento de identificación: <u>1101175210</u>	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): <u>0</u>
39. Ubicación: <u>KE 92 74 SUR 66</u>	Departamento: <u>Cundinamarca</u>	Municipio / Distrito: <u>San Carlos</u>	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación Primer Apellido: <u>María</u> Segundo Apellido: <u>Delgado</u>	42. Fecha de nacimiento: <u>05/05/1987</u>
43. EPS anterior: <u>Capital Salud</u>	44. Motivo de traslado: <u>00000000</u>

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o 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 vigentes 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 al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	☒

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: <u>Cabeza de Familia</u>	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio: <u>00000000</u>
--	--

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: <u>CN</u> <u>RC</u> <u>TI</u> <u>CC</u> <u>PA</u> <u>CE</u> <u>CD</u> <u>SC</u>	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 que declare la separación de cuerpos y 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. 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.	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 de beneficiario 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: <u>000000</u> Código del departamento: <u>000000</u>	67. Datos del SISBÉN Número de la ficha: <u>000000</u> Puntaje: <u>000000</u> Nivel: <u>000000</u>	68. Fecha de radicación: <u>07/11/2021</u>	69. Fecha de validación: <u>15/12/2021</u>
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido: <u>María</u> Segundo Apellido: <u>Delgado</u> Primer Nombre: <u>María</u> Segundo Nombre: <u>Delgado</u>	71. Firma del funcionario: <u>María Delgado</u>	OBSERVACIONES: <u>00000000</u>	

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.