



9583058263
9583058263

No. de Radicación

75927493

Fecha de Radicación

24072023

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

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

CASTILLA

VALDES

DEIRIS

7. Tipo de documento de identidad

CC

8. Número del documento de identidad

1049926792

9. Sexo

Femenino

Masculino

10. Fecha de nacimiento

22

01

2002

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia

12. Discapacidad

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de riesgos laborales - ARL

16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC

18. Residencia

19. Dirección

20. Teléfono celular

21. Correo electrónico

22. Municipio / Distrito

23. Zona Urbana

24. Zona Rural

25. Localidad / Ciudad

26. 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

20. Tipo de documento de identidad

21. Número del documento de identidad

22. Sexo

23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres

25. Tipo de documento de identidad

26. Número del documento de identidad

27. Sexo

28. Fecha de nacimiento

Datos complementarios

29. Parentesco

30. Etnia

31. Discapacidad

32. Datos de residencia

33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

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)

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

36. Tipo de documento de identificación

37. Número del documento de identificación

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

40. Teléfono

41. Correo electrónico

42. Municipio / Distrito

43. Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

41. Modificación de datos básicos de identificación

42. Corrección de datos básicos de identificación

43. Actualización del documento de identidad

44. Actualización y corrección de datos complementarios

45. Terminación de la inscripción en la EPS

46. Código

47. Reinscripción en la EPS

48. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

49. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

50. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

51. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

52. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

53. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

54. Movilidad: A. Régimen Contributivo

55. B. Régimen Subsidiado

56. Traslado: A. Mismo Régimen

57. B. Diferente Régimen

58. Reporte de fallecimiento

59. Reporte del trámite de protección al cesante

60. Reporte de la calidad de Pre-pensionado

61. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

42. Tipo de documento de identidad

43. Número del documento de identidad

44. Sexo

45. Fecha de nacimiento

46. Fecha novedad

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

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

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

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

67. Datos del SISBÉN

68. Fecha de radicación

69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION