



9011075728
9011075728

Nº de Radicación
27803915

Fecha de Radicación
06 05 2024

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. Subsidado ☐	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: GALLEGO Segundo Apellido: CRUZ Primer Nombre: ANTHONI Segundo Nombre: FELIPE	7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1000078320	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento: 18 05 2002
III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)				
11. Etnia	12. Discapacidad Tipo: ☐ ☐ ☐ ☐ Condición: ☐ ☐	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL: POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.
17. Ingreso base de cotización - IBC: \$1.300.000	18. Residencia		16. Administradora de pensiones	
Teléfono fijo		Teléfono celular		
Municipio / Distrito		Zona Urbana ☐ Rural ☐	Localidad: Chorrera	

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 ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento: D M A A 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:	25. Tipo de documento de identidad:	26. Número del documento de identidad:	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento: D M A A A A A A	29. Parentesco	30. Etnia
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						
31. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito: Zona Urbana Rural 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 C B B B	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: WILSON RIANO VELANDIA	36. Tipo de documento de identificación: CC	37. Número del documento de identificación: 79669154	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: CL 8A 92 71 CASA 36	40. Número de identificación: 4490746	41. Ciudad: BOGOTA	42. Departamento: DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

43. 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 Subsidado ☐	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: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:	42. Fecha novedad: 06 05 2024
43. Tipo de documento de identidad: Número del documento de identidad: Sexo: Femenino Masculino Fecha de nacimiento: D M A A A A A A	44. Motivo de traslado: Código: 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 interacción 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 requieren	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: C.N. C.E. C.I. C.C. C.A. C.B. C.D. C.S. 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 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: Código del departamento:	67. Datos del SISBÉN Número de la ficha: Puntaje: Nivel:	68. Fecha de radicación: D M A A A A A A	69. Fecha de validación: D M A A A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:	71. Firma del funcionario		
72. Tipo de documento de identidad: Número del documento de identidad:	OBSERVACIONES: CARGO: OPERADOR DE PLANTA AUXILIAR		

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

Cambio Empleo