

RV: Cambio de regimen de subsidiado a contributivo

De: pau contributivo (paucontributivo@capitalsalud.gov.co)

Para: ingrid.angulo16@yahoo.com

Fecha: jueves, 4 de junio de 2020 03:11 p. m. CDT

Buen día,

Señor(a):

Reciban un cordial saludo.

Se adjunta certificacion de afiliacio.

En atención a la comunicación de la referencia, en la cual solicita información acerca de proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de nuestra EPS, debemos informarle que el Empleador o el Usuario deberá diligenciar el Formulario único de afiliación y Registro de Novedades Al SGSSS, cualquier inquietud puede ingresar a la página de Capital Salud WWW.CAPITALSALUD.GOV.CO, para descargar los formularios e instructivo de diligenciamiento de afiliación, anexando copia del documento de identidad y enviarlos nuevamente a este mismo correo para poder procesar la afiliación. Para más información comunicarse al número celular 3115404632.

Cordial saludo,

Edgar Humberto Garcia Zea

Tecnico de Operaciones y Movilidad

Movilidad – Régimen Contributivo

Cra 30 # 73 - 36

Bogotá – Colombia

Celular: 3115404632

paucontributivo@capitalsalud.gov.co

De: MOVILIDAD <MOVILIDAD@capitalsalud.gov.co>
Enviado el: viernes, 29 de mayo de 2020 2:49 p. m.
Para: pau contributivo <paucontributivo@capitalsalud.gov.co>
Asunto: RV: Cambio de regimen de subsidiado a contributivo

Cordial saludo,

Agradezco la atención.

Atentamente,

Harold Giovanni Gómez Malagón

Profesional Movilidad

Régimen Contributivo

De: ingrid angulo <ingrid.angulo16@yahoo.com>
Enviado el: viernes, 29 de mayo de 2020 1:50 p. m.
Para: MOVILIDAD <MOVILIDAD@capitalsalud.gov.co>
Asunto: Cambio de regimen de subsidiado a contributivo

Buenas tardes.

Mi nombre es ingrid lizeth angulo identificada con el numero de ciudadania 1033790934 de bogota. El motivo de la presente es solicitarles cambio de regimen de subsidiado al encontrarme en proceso de inclusión laboral con la prestadora de servicios de salud subred sur occidente.

Me gustaria obtener certificado de traslado por medio electronico a este correo ya que para poder terminar el proceso de contratacion solicitan certificacion.

Quedo atenta

Gracias por la atencion prestada

Atentamente.

INGRID LIZETH ANGULO
N° CONTACTO: 3228031282

Declaracion de Privacidad La información contenida en este correo electrónico, así como en cualquiera de sus archivos adjuntos, es confidencial y reservada, está dirigida exclusivamente a él o los destinatarios indicados. Cualquier uso, reproducción, divulgación o distribución por otras personas distintas de él o los destinatarios está estrictamente prohibida. Si ha recibido este correo por error, por favor notifíquelo inmediatamente al remitente y bórralo de su sistema sin dejar copia del mismo. CAPITAL SALUD EPS-S no acepta responsabilidad alguna por cualquier pérdida o daño como consecuencia, directa o indirecta, del uso indebido de este e-mail o de los archivos adjuntos al mismo. Privacy Statement The information contained in this email, as well as in any of its attached files, is confidential and reserved, is directed exclusively to him or the indicated recipients. Any use, reproduction, disclosure or distribution by others other than himself or the recipients is strictly prohibited. If you have received this email in error, please notify the sender immediately and delete it from your system without leaving a copy of it. CAPITAL SALUD EPS-S does not accept any responsibility for any loss or damage as a consequence, direct or indirect, of the improper use of this e-mail or of the files attached to it.

Declaracion de Privacidad La información contenida en este correo electrónico, así como en cualquiera de sus archivos adjuntos, es confidencial y reservada, está dirigida exclusivamente a él o los destinatarios indicados. Cualquier uso, reproducción, divulgación o distribución por otras personas distintas de él o los destinatarios está estrictamente prohibida. Si ha recibido este correo por error, por favor notifíquelo inmediatamente al remitente y bórralo de su sistema sin dejar copia del mismo. CAPITAL SALUD EPS-S no acepta responsabilidad alguna por cualquier pérdida o daño como consecuencia, directa o indirecta, del uso indebido de este e-mail o de los archivos adjuntos al mismo. Privacy Statement The information contained in this email, as well as in any of its attached files, is confidential and reserved, is directed exclusively to him or the indicated recipients. Any use, reproduction, disclosure or distribution by others other than himself or the recipients is strictly prohibited. If you have received this email in error, please notify the sender immediately and delete it from your system without leaving a copy of it. CAPITAL SALUD EPS-S does not accept any responsibility for any loss or damage as a consequence, direct or indirect, of the improper use of this e-mail or of the files attached to it.



recibo publico.pdf
275kB



registro civil cristal 2020.pdf
186.2kB



cedula ingrid angulo 2020.pdf
144kB



1033790934.pdf
16.9kB

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



FORMULARIO No.

Te entiende. Te atiende

Número de Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite:		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedad ☒		A. Individual: ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐		A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante ☐ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐			

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos		7. Tipo documento de identidad		8. Número de documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
angulo		CC		1033740934		Femenino ☒ Masculino ☐		05/08/1996	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
A							
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingresos base de cotización - IBC			
sura		Protección					
18. Residencia		19. Teléfono		20. Correo electrónico			
Transversal 2449 B 27501		3228031282		Ingrid.angulo@taho			
Bogotá		Zona		Departamento			
Municipio/Distrito		Urbana ☒ Rural ☐		Localidad/Comuna			
		rafael uribe					

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

20. Tipo documento de identidad		21. Número de documento de identidad		22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
RC		1023945571		Femenino ☒ Masculino ☐		13/08/2013	

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

24. Apellidos y nombres completos		25. Tipo de documento de identidad		26. Número de documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
maque						Femenino ☒ Masculino ☐			
29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional	
						Municipio/Distrito		(a registrar por la EPS)	
						Urbana ☐ Rural ☐			
						Departamento			
						Teléfono fijo y/o celular			

Datos complementarios

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS	
		(a registrar por la EPS)	
35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación	
37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador a pensiones	
		(a registrar por la EPS)	
39. Ubicación			
Dirección		Teléfono	
Correo electrónico		Municipio/Distrito	
		Departamento	

VIGILADO Superintendencia

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Angulo	angulo	Ingrid	lizeth
42. Fecha	43. EPS anterior		
05/08/1996	Famisanar		
44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		
Código <input type="text"/>	Cajsubsidio		

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 al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

44. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	45. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Ingrid lizeth Angulo	

IX. ANEXOS

56. Copia documento de identidad:	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad		1		X					2
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. 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
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje
		Nivel	
70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
71. Firma del funcionario			

Observaciones:

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.

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La información para el diligenciamiento del formulario único de afiliación y registro de novedades al SGSSS, por favor, consulte el siguiente enlace: www.sgss.gov.co o en la oficina de atención al ciudadano, en la oficina de atención al ciudadano, en la oficina de atención al ciudadano.

Número de radicación: Número que la EPS asigna en forma consecutiva a cada trámite que realicen los cotizantes, cabezas de familia, beneficiarios o afiliados.
Fecha de radicación: Este dato corresponde a la fecha en que la EPS recibe la radicación del formulario de afiliación o de reporte de novedades, registrado generalmente con una fecha de radicación o de registro.
Qué realiza el trámite: debe verificar que la fecha registrada corresponda efectivamente a la fecha en que este se realiza ante la EPS.

CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE
 Estos datos se refieren a la radicación de la solicitud, trámite o transacción que se realiza mediante la suscripción del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES, por tanto, son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, empleador, entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o se reporte alguna novedad.

1. Tipo de trámite:
A. Afiliación:
 Afiliación cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.

B. Reporte de novedades:
 Afiliación cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional, según el tipo (A) de novedades relacionadas en el campo 40.

2. Tipo de afiliación:
A. Individual:
 La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o la cabeza de familia realiza directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, entidades o instituciones.
 En la tabla de radicación se debe marcar una X en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

B. Colectiva:
 La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o corporación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, representaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

C. Institucional:
 La opción Institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.

D. De oficio:
 La opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Previsión Social- UGPP, el empleador o la entidad administradora de personas cuando el afiliado no ha hecho la selección, el entidad territorial cuando la persona cumple los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se refiere a todo y las prestaciones de servicios de salud en el caso del régimen subsidiado de personas no afiliadas. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarías de Familia, los defensores de familia, las Promotorías Municipales.

3. Régimen:
 Marque con una X la opción de afiliación o el reporte de la novedad se realiza en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado.

4. Tipo de afiliado:
 Marque con una X la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad.

Cotizante: Afiliación cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS en el Régimen Contributivo.

Cabeza de familia: Afiliación cuando la persona que se afilia o reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.

Beneficiario: Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cotizante de familia en el Régimen Subsidiado.

5. Tipo de cotizante:
 Marque con una X la opción que corresponda:
Dependiente: Si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y con aporte con el pago de los aportes a salud y pensiones.
Independiente: Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de los aportes sino con los suenos en la localidad.
Pensionado: Si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo.

Código: Este código debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de radicación establecido en la base de datos de radicación vigente.

A. AFILIACIÓN:
 Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:
 - Diligenciar las respuestas de los capítulos II y III correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.
 - Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.
 - Diligenciar los datos del capítulo V, relativos al empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agrupación o congregación religiosa.

- Marcar con una X, en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que corresponden.
 - Diligenciar en el capítulo VIII Finanzas, los campos 54 y 55 según el caso.

- Marcar con una X, en el capítulo IX, los documentos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de los beneficiarios, según corresponda.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:
 - Diligenciar los campos de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que se afilia la EPS lo hacen en condición de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación.

- Diligenciar los datos del capítulo IV si se tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del artículo 35 del Decreto 2363 de 2015.

- Diligenciar los datos del capítulo V relativos a la entidad responsable de la afiliación en el caso de oficio, en el caso de entidades territoriales estas deberán registrar los datos del capítulo X.

- Marcar, con una X, en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que corresponden. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los números 51, 52 y 53.

- Diligenciar el capítulo VIII Finanzas, llenando en el campo 55 "Regístrate, Acreditado o Entidad responsable para la afiliación colectiva, institucional o de oficio".
 - Marcar con una X, en el capítulo IX, el documento de identidad de la(s) persona(s) que se va a afiliar y los anexos que corresponden.
 - Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

CAPÍTULO II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o del cabeza de familia).
 Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante o cabeza de familia y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Estos son:

6. Apellidos y nombres:
 Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad.

7. Tipo de documento de identidad:
 Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla:

Código	Descripción
01	Cédula de ciudadanía expedida por el Estado colombiano
02	Cédula de ciudadanía expedida por el Estado colombiano (copias)
03	Cédula de ciudadanía expedida por el Estado colombiano (copias)
04	Cédula de ciudadanía expedida por el Estado colombiano (copias)
05	Cédula de ciudadanía expedida por el Estado colombiano (copias)
06	Cédula de ciudadanía expedida por el Estado colombiano (copias)
07	Cédula de ciudadanía expedida por el Estado colombiano (copias)
08	Cédula de ciudadanía expedida por el Estado colombiano (copias)
09	Cédula de ciudadanía expedida por el Estado colombiano (copias)
10	Cédula de ciudadanía expedida por el Estado colombiano (copias)

8. Número del documento de identidad:
 Es el número con el cual se identifica como persona física y debe registrarse exactamente como figura en el documento de identidad.

Si se trata del registro de oficio, el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo NIT. Verifique que la registrada coincida.

9. Sexo:
 Marque con una X la opción: "femenino" o "masculino", como aparece en su documento de identidad.

10. Fecha de nacimiento:
 Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad, día, mes y año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales:
 Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

11. Estado:
 En este espacio debe registrar el código correspondiente a la entidad, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

Código	Estado
01	Bogotá
02	Bogotá
03	Bogotá
04	Bogotá
05	Bogotá

12. Discapacidad:
 Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y/o física o mental permanente.

Tipo de discapacidad:
 Marque con una X la opción: F. Física; N. Neurosensorial; M. Mental.
Condición de discapacidad:
 Marque con una X la opción: T. Temporal; P. Permanente.

13. Puntaje SISBEN:
 Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta SISBEN.

14. Grupo de población especial:
 Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Si el cabeza de familia pertenece a un grupo de población especial debe colocar en el espacio el código correspondiente según la siguiente tabla:

Código	Grupo de población especial
01	Personas con discapacidad física o mental permanente
02	Personas con discapacidad física o mental permanente
03	Personas con discapacidad física o mental permanente
04	Personas con discapacidad física o mental permanente
05	Personas con discapacidad física o mental permanente
06	Personas con discapacidad física o mental permanente
07	Personas con discapacidad física o mental permanente
08	Personas con discapacidad física o mental permanente
09	Personas con discapacidad física o mental permanente
10	Personas con discapacidad física o mental permanente

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22.

15. Administradores de Riesgos Laborales — ARL:
 Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra la afiliación.

16. Administradores de Pensiones:
 Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

17. Legajo Base de Cotización — BIC:
 Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del cotización o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

18. Residencia:
 Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completa:
 - Dirección de su residencia
 - Teléfono (fijo o celular, o ambos)
 - Correo electrónico
 - Ciudad/Municipio o Distrito
 - Localidad/Comuna si reside en una ciudad, municipio o distrito
 - Zona urbana o rural donde se ubica su residencia
 - Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamental Bogotá, D.C.
CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
 Estos datos deben ser diligenciados solo cuando el cónyuge o compañero (a) permanente también cotiza al SGSSS. Si este no cotiza debe diligenciar en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo IV en la fila de primer beneficiario (B1).

Si el miembro de la afiliación del cónyuge o compañero (a) permanente está afiliado y cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

19. Apellidos y nombres:
 Estos datos deben ser diligenciados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.
 - Primer apellido
 - Segundo apellido
 - Primer nombre
 - Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad:
 Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.

21. Número del documento de identidad:
 Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado correctamente.

Si se trata del registro de oficio, el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo NIT. Verifique que lo ha registrado correctamente.

22. Sexo:
 Marque con una X la opción: "femenino" o "masculino", como aparece en su documento de identidad.

23. Fecha de nacimiento:
 Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad, día, mes y año.

Datos complementarios:
24. Pertenencia:
 En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

Código	Descripción
01	Cónyuge
02	Compañero(a) permanente
03	Hijo(a)
04	Hija(o)
05	Hijo(a) adoptado(a)
06	Hija(o) adoptada(o)
07	Hijo(a) adoptado(a)
08	Hija(o) adoptada(o)
09	Hijo(a) adoptado(a)
10	Hija(o) adoptada(o)

25. Fecha de nacimiento:
 Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad, día, mes y año.

Datos complementarios:
26. Pertenencia:
 En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

Código	Descripción
01	Cónyuge
02	Compañero(a) permanente
03	Hijo(a)
04	Hija(o)
05	Hijo(a) adoptado(a)
06	Hija(o) adoptada(o)
07	Hijo(a) adoptado(a)
08	Hija(o) adoptada(o)
09	Hijo(a) adoptado(a)
10	Hija(o) adoptada(o)

26. Sexo:
 Marque con una X la opción: "femenino" o "masculino", como aparece en su documento de identidad.

27. Fecha de nacimiento:
 Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad, día, mes y año.

CAPÍTULO V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos personales:
 Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

28. Estado:
 En este espacio debe registrar el código correspondiente a la entidad, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

Código	Estado
01	Bogotá
02	Bogotá
03	Bogotá
04	Bogotá
05	Bogotá

29. Discapacidad:
 Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y/o física o mental permanente.

Tipo de discapacidad:
 Marque con una X la opción: F. Física; N. Neurosensorial; M. Mental.
Condición de discapacidad:
 Marque con una X la opción: T. Temporal; P. Permanente.

30. Puntaje SISBEN:
 Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta SISBEN.

31. Grupo de población especial:
 Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Si el cabeza de familia pertenece a un grupo de población especial debe colocar en el espacio el código correspondiente según la siguiente tabla:

Código	Grupo de población especial
01	Personas con discapacidad física o mental permanente
02	Personas con discapacidad física o mental permanente
03	Personas con discapacidad física o mental permanente
04	Personas con discapacidad física o mental permanente
05	Personas con discapacidad física o mental permanente
06	Personas con discapacidad física o mental permanente
07	Personas con discapacidad física o mental permanente
08	Personas con discapacidad física o mental permanente
09	Personas con discapacidad física o mental permanente
10	Personas con discapacidad física o mental permanente

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22.

32. Administradores de Riesgos Laborales — ARL:
 Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra la afiliación.

33. Administradores de Pensiones:
 Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

34. Legajo Base de Cotización — BIC:
 Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del cotización o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

35. Residencia:
 Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completa:
 - Dirección de su residencia
 - Teléfono (fijo o celular, o ambos)
 - Correo electrónico
 - Ciudad/Municipio o Distrito
 - Localidad/Comuna si reside en una ciudad, municipio o distrito
 - Zona urbana o rural donde se ubica su residencia
 - Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamental Bogotá, D.C.
CAPÍTULO VI. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
 Estos datos deben ser diligenciados solo cuando el cónyuge o compañero (a) permanente también cotiza al SGSSS. Si este no cotiza debe diligenciar en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo VI en la fila de primer beneficiario (B1).

Si el miembro de la afiliación del cónyuge o compañero (a) permanente está afiliado y cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

36. Apellidos y nombres:
 Estos datos deben ser diligenciados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.
 - Primer apellido
 - Segundo apellido
 - Primer nombre
 - Segundo nombre

37. Tipo de documento de identidad:
 Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.

38. Número del documento de identidad:
 Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado correctamente.

Si se trata del registro de oficio, el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo NIT. Verifique que lo ha registrado correctamente.

39. Sexo:
 Marque con una X la opción: "femenino" o "masculino", como aparece en su documento de identidad.

40. Fecha de nacimiento:
 Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad, día, mes y año.

Datos complementarios:
41. Pertenencia:
 En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

Código	Descripción
01	Cónyuge
02	Compañero(a) permanente
03	Hijo(a)
04	Hija(o)
05	Hijo(a) adoptado(a)
06	Hija(o) adoptada(o)
07	Hijo(a) adoptado(a)
08	Hija(o) adoptada(o)
09	Hijo(a) adoptado(a)
10	Hija(o) adoptada(o)

42. Fecha de nacimiento:
 Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad, día, mes y año.

Datos complementarios:
43. Pertenencia:
 En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

Código	Descripción
01	Cónyuge
02	Compañero(a) permanente
03	Hijo(a)
04	Hija(o)
05	Hijo(a) adoptado(a)
06	Hija(o) adoptada(o)
07	Hijo(a) adoptado(a)
08	Hija(o) adoptada(o)
09	Hijo(a) adoptado(a)
10	Hija(o) adoptada(o)

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22.

44. Administradores de Riesgos Laborales — ARL:
 Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra la afiliación.

45. Administradores de Pensiones:
 Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

46. Legajo Base de Cotización — BIC:
 Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del cotización o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

47. Residencia:
 Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completa:
 - Dirección de su residencia
 - Teléfono (fijo o celular, o ambos)
 - Correo electrónico
 - Ciudad/Municipio o Distrito
 - Localidad/Comuna si reside en una ciudad, municipio o distrito
 - Zona urbana o rural donde se ubica su residencia
 - Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamental Bogotá, D.C.
CAPÍTULO VII. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
 Estos datos deben ser diligenciados solo cuando el cónyuge o compañero (a) permanente también cotiza al SGSSS. Si este no cotiza debe diligenciar en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo VII en la fila de primer beneficiario (B1).

Si el miembro de la afiliación del cónyuge o compañero (a) permanente está afiliado y cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

48. Apellidos y nombres:
 Estos datos deben ser diligenciados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.
 - Primer apellido
 - Segundo apellido
 - Primer nombre
 - Segundo nombre

49. Tipo de documento de identidad:
 Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.

50. Número del documento de identidad:
 Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado correctamente.

Si se trata del registro de oficio, el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo NIT. Verifique que lo ha registrado correctamente.

51. Sexo:
 Marque con una X la opción: "femenino" o "masculino", como aparece en su documento de identidad.

52. Fecha de nacimiento:
 Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad, día, mes y año.

Datos complementarios:
53. Pertenencia:
 En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

Código	Descripción
01	Cónyuge
02	Compañero(a) permanente
03	Hijo(a)
04	Hija(o)
05	Hijo(a) adoptado(a)
06	Hija(o) adoptada(o)
07	Hijo(a) adoptado(a)
08	Hija(o) adoptada(o)
09	Hijo(a) adoptado(a)
10	Hija(o) adoptada(o)

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22.

54. Administradores de Riesgos Laborales — ARL:
 Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra la afiliación.

55. Administradores de Pensiones:
 Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

56. Legajo Base de Cotización — BIC:
 Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del cotización o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

57. Residencia:
 Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completa:
 - Dirección de su residencia
 - Teléfono (fijo o celular, o ambos)