

(Lee 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 A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva 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) 03	

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

8. Apellidos y nombres Primer Apellido: CORTES Segundo Apellido: ROMERO Primer Nombre: LAURA Segundo Nombre: VALENTINA		9. Tipo de documento de identidad O.C.		10. Número del documento de identidad 1013686597		11. Sexo biológico Femenino X Masculino		12. Sexo identificación F X M T NB Otro		13. Nacionalidad Colombiana	
14. Lugar de nacimiento País: Colombia Departamento: CUNOINAMARCA Municipio: BOGOTÁ O.C.		15. Fecha de nacimiento 08/03/1991									

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad Si No		19. Tiene encuesta SISBÉN Si No		20. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo		21. Grupo de población especial	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL				23. Administradora de Pensiones				24. Ingreso base de cotización - IBC 1.423.500		25. Tarifa Contribución Solidaria	
26. Residencia Dirección: CRA 81A #16C-71 Torre 1 APARTAMENTO 401 Teléfono Celular: 3196288283 Correo Electrónico: Valentinacortes.lvc@gmail.com Departamento: CUNOINAMARCA Municipio/Distrito: BOGOTÁ O.C. Localidad/Comuna: TONTIBÓN Zona: Cabecera Municipal X Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural											

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

27. Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(e) permanente del cotizante											
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. Fecha de nacimiento	
34. 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												
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial		47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad		50. Incapacidad permanente	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

51. Datos de residencia		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y/o celular
B1		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural	
B2		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural	
B3		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural	
B4		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural	
B5		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural	

Dirección		Localidad/Comuna		Correo Electrónico	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

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		56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación
59. Ubicación Dirección		Teléfono fijo o Celular	
Correo Electrónico		Departamento	Municipio / Distrito
60. Tipo de Novedad			
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identificación. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código ☐ 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. Inscripción EPS retorno al país. ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia. ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado. ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria. ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.			

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD			
61. Datos básicos de identificación		Segundo Apellido	
Primer Apellido		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	
62. Sexo biológico		63. Sexo identificación	
Femenino Masculino		F M T NB Otro	
64. Fecha de nacimiento		Cuál	
D D M M A A A A		D D M M A A A A	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad	
		17/01/2025	
67. Motivo de traslado		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	
Código			

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 impliquen 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 Sísben 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		Número 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
<i>Marcela Botel</i>	

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	93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del departamento

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

95. Firma del funcionario		96. Fecha de radicación		97. Fecha de validación	
		17 ENE 2025			

OBSERVACIONES		EPS Sanitas OFICINA ZONA IN		RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS	
Independiente		17 ENE 2025		RECIBIDO POR:	
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial		Sello de Radicación		Sticker procesamiento	
<i>Ange H</i>		<i>8:07</i>		<i>210100033</i>	