



06 3230088

No. de Radicación: 547

Fecha de Radicación:

D O M M A A A A

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 B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Calderon	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 10421123	9. Sexo Femenino	10. Fecha de nacimiento 10/10/1993
------------------------------------	---	--	---------------------	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia Tipo: F N M Condición: T P	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
---	------------------	--------------------	---------------------------------	---	---------------------------------

17. Ingreso base de cotización - IBC 1.423.500	18. Residencia Calle 118 bis Barrio A 26	19. Teléfono fijo 3154154530	20. Correo electrónico angie.perez9301@gmail.com
---	---	---------------------------------	---

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente o conviviente)

21. Apellidos y nombres Perez	22. Tipo de documento de identidad	23. Número del documento de identidad	24. Sexo Femenino	25. Fecha de nacimiento
----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	----------------------	-------------------------

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

26. Apellidos y nombres	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Etnia
Primero Apellido Segundo Apellido	Femenino Masculino	D D M M A A A A	

30. Tipo de documento de identidad	31. Número del documento de identidad	32. Sexo	33. Fecha de nacimiento	34. Etnia
		Femenino Masculino	D D M M A A A A	

35. Datos de residencia	36. Datos de contacto
Tipo: F N M Condición: T P Municipio / Distrito Zona Urbana / Rural Departamento Teléfono fijo y/o celular	37. Datos de contacto

38. Selección de la EPS Primaria	39. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la EPS (se registra 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

40. Nombre o razón social Angie Paola Perez Calderon	41. Tipo de documento de identificación CC	42. Número del documento de identificación 10421123	43. Tipo de aportante o pagador de pensiones (se registra por la EPS)
---	---	--	---

44. Tipo de Novedad	45. Reporte de Novedades
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. Tránsito A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen 15. Reporte de fallecimiento 16. Reporte del trámite de protección a cesante 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado 18. Reporte de la calidad de Pensionado	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

46. Datos básicos de identificación	47. Fecha de nacimiento	48. Fecha de novedad
Primero Apellido Segundo Apellido Sexo Femenino Masculino	D D M M A A A A	D D M M A A A A

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

49. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	50. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
51. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	52. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
53. 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.	54. 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.
55. 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.	56. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

57. Firma del cotizante o cabeza de familia Angie Perez	58. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
--	---

IX. ANEXOS

59. Anexo copia del documento de identidad	60. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
61. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	62. 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.
63. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	64. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
65. Copia del documento en el 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.	66. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
67. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	68. 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

69. Identificación de la Entidad Territorial	70. Datos del SISBEN	71. Fecha de radicación	72. Fecha de validación
Código del municipio Código del departamento	Número de la ficha Puntaje Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

73. Datos del funcionario que realiza la validación	OBSERVACIONES:
Primero Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	

Reconoce 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.

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -