CAPRESOCA E.P.S 17 ENE 2025

capresoca EPS NIT: 891.856.000-7

MOVILIDAD

RECIBIDO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

FO-AS-08
2024-09-30
V.03

NO DE RADICADO	FECHA DE RADICADO

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexan al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación	A. Individual:	Cotizante o cabeza de familia	A. Contributivo [X]	SI
B. Reporte de Novedades [X]		Beneficiario o afiliado adicional	b. Subsidiado	NO [X]
	B. Colectivo	C. Institucional	D. De Oficio	

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario D. Afiliación Adicional	A. Dependiente [X] B. Independiente C. Pensionado	

A. Afiliación

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante, cabeza de familia o beneficiarios cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y Nombres			
Ponare	Umeje	Jhon (Primer Nombre)	Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. No de documento de identidad	11. Sexo Biológico	12. Sexo Identificación	13. Nacionalidad
Cedula	1.118.547.533	Femenino Masculino [X]	Femenino Masculino [X] T NB Otro Cúal:	Colombiana

14. Lugar de Nacimiento						15. Fecha de Nacimiento
Pais: Colombia	Departamento	CASANARE	Municipio	YOPAL		06 10 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoria de Discapacidad
		SI NO [X]	

19. Tiene encuesta SISBEN	20. Calsificación SISBEN	21. Grupo de poblacion especial:
NO [X] SI	NIVEL GRUPO	

22. Administradora de Riesgos Laborales-ARL	23. Administradora de pensiones	24. Ingreso Base de Cotización -IBC-	25. tarifa Constribución Solidaria
Positiva	Porvenir	1423500	

26. Residencia			
Cra 29 N 26 04 (Dirección)	Teléfono	3054482336 (Teléfono Celular)	Ponare100@hotmail.com. (Correo electrónico)

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona	
CASANARE	YOPAL		Cabecera Municipal	Rural Disperso
			Centro poblado [X]	Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos basicos de identificación del conjuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. No de documento de identidad	30. Sexo Biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	Femenino Masculino T NB Otro Cúal:	

33. Lugar de Nacimiento						34. Fecha de Nacimiento
Pais:		Departamento		Municipio		

Datos basicos de identificación de os beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. No del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				F	M	F	M	T	NB	Otro	Cuál	Pais	Dpto	Mun	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoria	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona				Teléfono y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto Rural		
B1								
B2								
B3								
B4								

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSS
FO-AS-0
2024-09-3
V.0

B5 Entidad Adres a la Cual Cotiza: CAPRESOCA E.P.S.

B5	Entidad Adres a la Cual Cotiza: CAPRESOCA E.P.S.			
B1	Dirección: NIT 891.856.000-7	Localidad / Comuna		Correo Electrónico
B2	MOVILIDAD			
B3				
B4				
B5				

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud	54. Código de la IPS
C	RECIBIDO	
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 de la razón social: Duro Tinto Depot	56. Tipo de Documento de Identificación: NIT	57. No de documento de identidad: 901.902.857-1	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones: Depot Tinto
Dirección: Calle 51 A N° 34-21	Teléfono:	Correo electrónico: duro2tinto@gmail.com	Ciudad: Bucaramanga / Municipio: 68001

59. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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 con 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 a la EPS retorno al país
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para hacer afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para hacer 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 prestación 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: Primer Apellido: Duarte	Segundo Apellido: Umaña	Primer Nombre: Jhan	Segundo Nombre:
Tipo de documento de identidad:	No documento de identidad: 1118545553	62. Sexo Biológico: Femenino ☐ Masculino ☒	63. Sexo Identificación: Femenino ☐ Masculino ☐ 1 ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual?
64. Fecha de Nacimiento: 06 10 1990			
65. EPS Anterior	66. Fecha de novedad: 18 01 2025	67. Motivo del traslado Código:	68. Caja de compensación familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIÓN DE AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaración 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 impiden la entrega de los documentos de los beneficiarios
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario 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 5 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 a de realizar los pagos correspondientes
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en contribución solidari según la encuesta del SISBEN 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

Apellidos y Nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	No del documento de identidad		

IX. FIRMAS

Jhan Duarte Umaña	Duro Tinto Depot
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad: CN | RC | TI | C | PA | CE | CD | SC | PT
  - Cantidad de documentos de identidad anexos
- [ ] 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 declara 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 declara la terminación date 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 jurada 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 780 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:

Powered by CamScanner