FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSS

FO-AS-0
2024-09-3
V.0

capresoca

CAPRESOCA E.P.S. NIT: 900.336.000-7

17 ENE 2025

MOVILIDAD

RECIBIDO

No DE RADICADO

FECHA DE RADICADO

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas 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 ☐	Beneficiario o afiliado adicional ☐	A. Contributivo ☒	SI ☐
B. Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐	b. Subsidiado ☐	NO ☒

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

A. Afiliación

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

8. Apellidos y Nombres			
MENESES	ROA	OSCAR (Primer Nombre)	FABIAN (Segundo Nombre)

9. Tipo de documento de identidad	10. No de documento de identidad	11. Sexo Biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CEDULA	1.006.460.692	Femenino ☐ Masculino ☒	Femenino ☐ Masculino ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cúal:	COLOMBIANO

14. Lugar de Nacimiento						15. Fecha de Nacimiento
Pais:	COLOMBIA	Departamento	CASANARE	Municipio	SABANALARGA	18/09/2000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN
SIN ETNIA		SI ☐ NO ☒ Categoria de Discapacidad	NO ☒ SI ☐

20. Calsificación SISBEN	21. Grupo de poblacion especial:
NIVEL ☐ GRUPO ☐	

22. Administradora de Riesgos Laborales-ARL	23.Administradora de pensiones	24. Ingreso Base de Cotización -IBC-	25. tarifa Constribución Solidaria
POSITIVA	PORVENIR	2.288.000.	

26. Residencia Dirección	Teléfono	Teléfono Celular	Correo electrónico
CALLE 6 Nº 6-12	3120749 82	3120749 82	oscarmenesesroa@gmail.com

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
CASANARE	SABANALARGA		Cabecera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro poblado ☒ 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 F	39. Sexo biológico M	40. Sexo identificación F	40. Sexo identificación M	40. Sexo identificación T	40. Sexo identificación NB	40. Sexo identificación Otro	40. Sexo identificación Cuál	41. Lugar de nacimiento Pais	41. Lugar de nacimiento Dpto	41. Lugar de nacimiento Mun	42. Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

Powered by CamScanner

capresoca EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSS

FO-AS-0
2024-09-3
V.0

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud	54. Código de la IPS
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 de la razón social	56. Tipo de Documento de Identificación	57. No de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO INTEROPAR 2024	NIT	901.900.857-5	

Dirección: CALLE 31A N°37-27 Teléfono: 3214466857 Correo electrónico: consorciointeropar2@gmail.com Dpto: Municipio: TOPAL.

B. 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 traves 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 pais
- [ ] 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. Regimen 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			
Primer Apellido: MENESES	Segundo Apellido: ROA	Primer Nombre: OSCAR	Segundo Nombre: FABIAN

Tipo de documento de identidad	No documento de identidad	62. Sexo Biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de Nacimiento
CC	1006460692	Femenino [ ] Masculino [x]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cúal:	18/09/2000

65. EPS Anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo del traslado	68. Caja de compensación familiar o Pagador de Pensiones
	18/12/2025	Código:	

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 beneficianos
- [ ] 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

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
OSCAR MENESES.	DIANA PAOLA RAMIREZ.

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 qua declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare 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 consta 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 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

CAPRESOCA E.P.S 17 ENE 2025

capresoca

NIT: 891856.000-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

MOVILIDAD

RECIBIDO

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 ☒	SI ☐
B. Reporte de Novedades ☒		Beneficiario o afiliado adicional ☐	b. Subsidiado ☐	NO ☒
	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 ☒ 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	14. Lugar de Nacimiento	15. Fecha de Nacimiento
Cedula	1118.547.553	Femenino ☐ Masculino ☒	Femenino ☐ Masculino ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cúal:	Colombiana	País: Colombia Departamento: CASANARE Municipio: YOPAL	06 10 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoria de Discapacidad
		SI ☐ NO ☒	

19. Tiene encuesta SISBEN	20. Calsificación SISBEN	21. Grupo de poblacion especial:
NO ☒ 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 Dirección	Teléfono	Teléfono Celular	Correo electrónico
Cra 29 N 26 04		3105448236	Ponare100@hotmail.com.

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona	
CASANARE	YOPAL		Cabecera Municipal ☐ Centro poblado ☒	Rural Disperso ☐ 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	33. Lugar de Nacimiento	34. Fecha de Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cúal:		País: 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 F	39. Sexo biológico M	40. Sexo identificación F	40. Sexo identificación M	40. Sexo identificación T	40. Sexo identificación NB	40. Sexo identificación Otro	40. Sexo identificación Cual	41. Lugar de nacimiento Pais	41. Lugar de nacimiento Dpto	41. Lugar de nacimiento Mun	42. Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

Powered by CamScanner