



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 ☐ Beneficiario o afiliado adicional ☐ 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) <input type="text"/>
---	---	---	---	---	--

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Moreno Poblador	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 1015425628	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 0 3 0 9 1 9 9 1
--	--	---	--	---

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo ☐ N ☐ M Condición ☐ T ☐ P	13. Puntaje SISBÉN 74.15	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL Poivenir	16. Administradora de pensiones Poivenir
17. Ingreso base de cotización - IBC 61056.750	18. Residencia Carrera 95 # 26-49 Sur Casa 6	19. Teléfono fijo 4687669	20. Teléfono celular 3219430044	21. Correo electrónico ctmorenop@unal.edu.co	22. Municipio Bogotá D.C.
23. Zona Urbana ☒ Rural ☐		24. Barrio Kennedy	25. Departamento Cundinamarca		

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

19. Apellidos y nombres Primer Nombre Ramirez Segundo Apellido Gaona	20. Tipo de documento de identidad CC	21. Número del documento de identidad 1030573397	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	23. Fecha de nacimiento 1 8 0 5 1 9 9 0
---	---	--	---	---

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

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco		30. Etnia	
Primer Nombre	Segundo Apellido					Femenino	Masculino						
B1	Ramirez												
B2	Ramirez												
B3													
B4													
B5													

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social Cindy Tatiana Moreno Poblador	36. Tipo de documento de identificación CC	37. Número del documento de identificación 1015425628	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Carrera 95 # 26-49 Sur	40. Teléfono 4687669	41. Correo electrónico ctmorenop@unal.edu.co	42. Municipio Bogotá D.C.
43. Departamento Cundinamarca			

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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 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. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐	15. Reporte de fallecimiento ☐	16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐	17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐	18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐
---------------------	---	---	--	---	---	---	---	---	--	--	---	---	--	---	---	---	--	--

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	42. Fecha de la novedad
Primer Apellido Moreno Segundo Apellido Poblador	Primer Nombre Cindy Segundo Nombre Tatiana
Tipo de documento de identidad CC Número del documento de identidad 1015425628	Sexo Femenino Fecha de nacimiento 0 3 0 9 1 9 9 1
43. EPS anterior COPIVAL SOLUD	44. Motivo de traslado 1
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o 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 vigentes 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 al celular como mensajes de texto.	☐

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario Tatiana Moreno	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
---	---

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☒ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐	Cantidad: <input type="text"/>	Total: 3
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. Copia del 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 Código del municipio 20 Código del departamento DIC Fecha de validación 2017	67. Datos del SISBÉN Puntaje 74.15 Nivel 2	68. Fecha de radicación D D M M A A A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido CONSULTOR INTEGRAL Segundo Apellido INT Primer Nombre INT Segundo Nombre INT	OBSERVACIONES: INDICADO EN EL FORMULARIO		

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.

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -