

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

6014871979

187941032

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 ☐ D. De Oficio ☐ C. Beneficiario o Afiliado adicional ☐ 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: ALONSO Segundo Apellido: VILLAMIL		Primer Nombre: JANY Segundo Nombre: ANGELICA	
9. Tipo de documento de identidad: Cédula	10. Número del documento de identidad: 1014227822	11. Sexo biológico: Femenino ☒ Masculino ☐	12. Sexo identificación: F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐
13. Nacionalidad: Colombiana		15. Fecha de nacimiento: 1/3/41/41/41	
14. Lugar de nacimiento: Bogotá	País: Colombia	Departamento: Cundinamarca	Municipio: Bogotá

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia		17. Comunidad	18. Discapacidad Si ☐ No ☐	19. Tiene encuesta SISBEN Si ☐ No ☐	20. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC: 1473.500		25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia Dirección: Kr 111C 69D 30 CS 68 Teléfono Celular: 3196800725 Correo Electrónico: angelica132723@gmail.com Departamento: Cundinamarca Municipio / Distrito: Bogotá Localidad / Comuna: Engativá Zona: Cabecera Municipal ☒ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐						

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge 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. Número del documento de identidad
30. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo identificación: F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐
32. Nacionalidad	34. Fecha de nacimiento: 01/01/41/41/41
33. Lugar de nacimiento: País: Departamento: Municipio:	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:	
B1	Alonso Villamil Jhoan Esteban
B2	
B3	
B4	
B5	

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
B1	T1	1014304931	Colombiano	Femenino ☒ Masculino ☐	F M T NB Otro Cual	País: Colombia Departamento: Bogotá Municipio: Bogotá
B2			Femenino ☐ Masculino ☐	F M T NB Otro Cual	País: Departamento: Municipio:	
B3			Femenino ☐ Masculino ☐	F M T NB Otro Cual	País: Departamento: Municipio:	
B4			Femenino ☐ Masculino ☐	F M T NB Otro Cual	País: Departamento: Municipio:	
B5			Femenino ☐ Masculino ☐	F M T NB Otro Cual	País: Departamento: Municipio:	

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco: Hijo	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN Si ☐ No ☐	48. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	49. Discapacidad Si ☒ No ☐	50. Incapacidad permanente Si ☒ No ☐
B1				Si ☐ No ☐	Nivel Grupo	Categoría de discapacidad	Si ☐ No ☐
B2				Si ☐ No ☐	Nivel Grupo	Categoría de discapacidad	Si ☐ No ☐
B3				Si ☐ No ☐	Nivel Grupo	Categoría de discapacidad	Si ☐ No ☐
B4				Si ☐ No ☐	Nivel Grupo	Categoría de discapacidad	Si ☐ No ☐
B5				Si ☐ No ☐	Nivel Grupo	Categoría de discapacidad	Si ☐ No ☐

51. Datos de residencia

Departamento: Cundinamarca	Municipio/ Distrito: Bogotá	zona: Cabecera Municipal ☒ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐	Teléfono fijo y/o celular: 3196800725	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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: Kr 111C 69D 30 CS 68		Localidad/Comuna: Engativá	Correo Electrónico: angelica31926@gmail.com
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la EPS (la región del país)
C		208416
B1		
B2		
B3		203013
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	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación Dirección	Departamento		Teléfono fijo o Celular
Correo Electrónico	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. <i>Alcorno Villamil</i>	☐ 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 Primer Apellido: <i>31-Mar-2025</i> Segundo Apellido: <i>Alcorno Villamil</i> Primer Nombre: <i>Alcorno Villamil</i> Segundo Nombre: <i>Alcorno Villamil</i>	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐	64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
65. EPS anterior <i>Familianor</i>	66. Fecha de novedad <i>31/03/2025</i>	67. Motivo de traslado Código	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y 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 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 Sisbén 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

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional <i>Angelica Alfonso</i>	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
---	---

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 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
---	--------------

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres Primer Apellido: <i>Alcorno Villamil</i> Segundo Apellido: <i>Alcorno Villamil</i> Primer Nombre: <i>Alcorno Villamil</i> Segundo Nombre: <i>Alcorno Villamil</i>	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación D D M M A A A A	97. Fecha de validación D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de los datos suministrados y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario	Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial <i>WOBIA C</i>	Sticker procesamiento 31 MAR 2025	Sticker procesamiento 2101000033
--	--	--------------------------------------	-------------------------------------

Original: EPS. 1a Copia: EMPLEADOR. 2a Copia: AFILIADO.