



No. de Radicación: **07042025**

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 ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	4. Contribución solidaria A. Si ☐ B. 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 la registrar por la EPS 59
---	---	---	--	--	---	--

A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres Osorio Chiriquete Kelly Johanna	9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número de documento de identidad 1014440616	11. Sexo biológico Femenino ☒ Masculino ☐	12. Sexo identificación F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual? ☐	13. Nacionalidad Colombiana	14. Lugar de nacimiento Boyacá Bogotá	15. Fecha de nacimiento 03/08/1995
--	--	---	---	---	---------------------------------------	---	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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 SURA	23. Administradora de Pensiones Colpensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC 1.425.500	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia Av. Calle 6 # 716-12 Bogotá	
27. Apellidos y nombres Osorio Kelly			28. Tipo de documento de identidad CC			29. Número de documento de identidad 3153664854			30. Sexo biológico Femenino ☒ Masculino ☐		
31. Sexo identificación F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual? ☐			32. Nacionalidad Colombiana			33. Lugar de nacimiento Boyacá Bogotá			34. Fecha de nacimiento 03/08/1995		

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

35. Apellidos y nombres Primer Apellido: Osorio Segundo Apellido: Kelly	36. Tipo de documento de identidad CC	37. Número de documento de identidad	38. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒	39. Sexo identificación F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual? ☐	40. Lugar de nacimiento País: Colombia Departamento: Boyacá Municipio: Bogotá	41. Fecha de nacimiento D: 03 M: 08 A: 1995
--	---	--------------------------------------	---	---	---	---

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

B1	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B2				
B3				
B4				
B5				

36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino Masculino	40. Sexo identificación F M T NB Otro Cual?	41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	42. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
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 NO	48. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	49. Discapacidad SI NO Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente SI NO
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia Departamento: Boyacá Municipio/ Distrito: Kayoma Cabecera Municipal: Kayoma Centro Poblado: Kayoma Rural disperso: Kayoma Resto Rural: Kayoma	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
--	---

Dirección	Localidad/Comuna	Código Electrónico
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

VI DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL EPS

53. Nombre y apellido
54. Tipo de documento de identificación
55. Número del documento de identificación
56. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

07 04 2025

01

VI DATOS ACTUALIZADOS SEGUN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación
62. Sexo biológico
63. Sexo identificación
64. Fecha de nacimiento
65. EPS anterior
66. Fecha de novedad
67. Motivo de traslado
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 impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
72. Declaración de no intervención 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 del 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 Sísban 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

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad
83. Copia de los documentos de identidad anexas
84. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
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.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial
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
95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación
97. Fecha de validación

07 04 2025

07 ABR 2025

Observaciones: Aporte Abril, Pago mayo, Retiro y Pago, Upendo, Doc on BUSE, CC 10594130675

Sello mayor