



No. de Radicación: 06052025

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Contribución solidaria SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	5. Tipo de afiliado: A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	6. Tipo de cotizante: A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7. Código (a registrar por la EPS) <u>59</u>
--	--	---	--	---	--	---

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

8. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>García</u> Segundo Apellido: <u>Rojas</u> Primer Nombre: <u>Liliana</u> Segundo Nombre: <u></u>	9. Tipo de documento de identidad: <u>CC</u>	10. Número de documento de identidad: <u>1031168219</u>	11. Sexo biológico: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	12. Sexo identificación: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál?	13. Nacionalidad: <u>Colombiana</u>	14. Lugar de nacimiento: <u>Colombia</u> Departamento: <u>Cundinamarca</u> Municipio: <u>Ubaque</u>	15. Fecha de nacimiento: <u>08/12/2006</u>
---	--	---	---	--	-------------------------------------	---	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia: <u></u>	17. Comunidad: <u></u>	18. Discapacidad: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Categoría de discapacidad: <u></u>	19. Tiene encuesta SISBEN: SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBEN: Nivel <u></u> Grupo <u>CS</u>	21. Grupo de población especial: <u></u>	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: <u></u>	23. Administradora de Pensiones: <u>Colpensiones</u>	24. Ingreso base de cotización - IBC: <u>1.713.500</u>	25. Tarifa Contribución Solidaria: <u></u>	26. Residencia: <u>Ciudad de Bogotá</u>
Teléfono fijo: <u>313 8032260</u>		Teléfono celular: <u></u>		Correo electrónico: <u>liliana.garcia.rojas64@gmail.com</u>		Dirección: <u>Bogotá</u>		Zona: Cabecera Municipal <input checked="" type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>		

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: <u></u> Segundo Apellido: <u></u> Primer Nombre: <u></u> Segundo Nombre: <u></u>	28. Tipo de documento de identidad: <u></u>	29. Número de documento de identidad: <u></u>	30. Sexo biológico: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Sexo identificación: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál?	32. Nacionalidad: <u></u>	33. Lugar de nacimiento: <u></u> País: <u></u> Departamento: <u></u> Municipio: <u></u>	34. Fecha de nacimiento: <u></u>
--	---	---	--	---	---------------------------	---	----------------------------------

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

35. Apellidos y nombres		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							
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	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		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad		50. Incapacidad permanente	
				SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

51. Datos de residencia				52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)			
Departamento: <u>Alcaldía</u>	Municipio/Distrito: <u></u>	Cabecera Municipal: <u></u>	Centro Poblado: <u></u>	Rural disperso: <u></u>	Resto Rural: <u></u>	Teléfono fijo y/o celular: <u>1031168219</u>	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Dirección		Localidad/Comuna		Correo Electrónico	
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 o razón social	56. Tipo de 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	Teléfono fijo o Celular	Correo electrónico
		Departamento	Municipio/Distrito

60. Tipo de Novedad		B. REPORTE DE NOVEDADES	
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación. <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país. <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado	<input checked="" type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia. <input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante. <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado. <input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria. <input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.	

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	63. Sexo identificación	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál?		
64. Fecha de nacimiento	DD MM AAAA	65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	DD MM AAAA	67. Motivo de traslado	Cod. <input type="text"/>	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

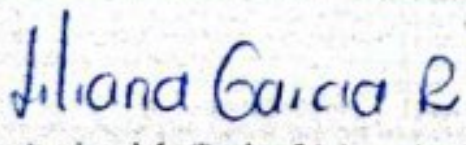
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 72. Declaración de no interacción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. <input checked="" type="checkbox"/> 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. <input checked="" type="checkbox"/> 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.	<input checked="" type="checkbox"/> 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. <input checked="" type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. <input type="checkbox"/> 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			
Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad		

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

<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexas <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	<input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/>	

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	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario	

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
DD MM AAAA	DD MM AAAA

OBSERVACIONES:

Aporte Jemol Super articulado y
 Parte de Emisorar de anexa CC.
 CC 1031163219



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