

18 JUL 2025

Cód. 609 Blanca Stella Guanque Chaparro
SUJETO A VERIFICACIÓN
Sello asesor

Sello asesora

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año)

18 07 2025

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"/>	A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> - Cotizante o cabeza de Familia - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Contribución solidaria Sí <input type="checkbox"/> No <input 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"/>	A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7. Código (a registrar por la EPS) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">59</div>
--	---	---	---	---	---	---	---

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

8. Apellidos y nombres		Primero OLAYA		Segundo MONTAÑEZ		Tercero RICHARDO		Segundo Nombre	
9. Tipo de documento de identidad	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> CU <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CC	10. Número de documento de identidad	80238651		11. Sexo biológico	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	12. Sexo Identificación	F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál?	
13. Nacionalidad	Guatemalteco	14. Lugar de nacimiento	Guatemala, D.C.		Bogotá		15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)		
						13-06-1981			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad		19. Tiene encuesta SISBEN		20. Clasificación SISBEN		21. Grupo de población especial		22. Administradora de Riesgos Laborales		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria		26. Residencia			
				Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Riesgos Laborales: ARL		Sikandia		1423500		Cra. 71 D No. 64C-94		Bogotá D.C.			
Teléfono Fijo		3144763966		Correo Electrónico		rolayam@gmail.com		Bogotá		Municipio		Ensenave		Zona		Cabecera Municipal		Centro Poblado		Rural Disperso		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	<input type="checkbox"/>	29. Número de documento de identidad	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		33. Lugar de nacimiento		País		Departamento		Municipio	
								34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	

35. Apellidos y nombres

B1	Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
B2	Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
B3	Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
B4	Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
B5	Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
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 Cuál?	41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Datos complementarios del Beneficiario

[illegible]

51. Datos de residencia

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

Dirección

Localidad/Comuna

Correo Electrónico

	QUESTION	ANSWER COMMENT	SCORE
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
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 o razón social	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
56. Tipo de documento de identificación	59. Ubicación	60. Teléfono fijo o celular
61. Teléfono fijo o celular	62. Correo electrónico	63. Documento

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación
Primer Apellido	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál?
Tipo de documento de identidad	64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior
10. Número de documento de identidad	66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	67. Motivo de traslado Cod.
		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 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 type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	<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"/> 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"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
<input checked="" type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	<input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.
<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 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.	

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	<input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
<input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	<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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	<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.

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

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

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

94. Apellidos y nombres	95. Firma del funcionario		
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Tipo de documento	Número de documento de identidad

96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)
18/07/2025	

OBSERVACIONES:

Cc 8038651

aportado por pago en agosto

Revisión Pago

18 JUL 2025

Cód. 609 Blanco Stella Guanque Chaparro

SUJETO A VERIFICACIÓN