

|                                                                                                                                                                   |                                                                          |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | <b>PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL</b><br><br><b>FORMATO AYUDA DE MEMORIA</b> | Código: FOR-GD-040                   |
|                                                                                                                                                                   |                                                                          | Versión: 0                           |
|                                                                                                                                                                   |                                                                          | Fecha: Memo I2024016440 – 18/06/2024 |
|                                                                                                                                                                   |                                                                          | Página: 1 de 3                       |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lugar</b>      | Comunidad de Cuidado Hogar Francisco y Clara                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Fecha</b>      | 25/06/2025 4:00 p.m. – 5:00 p.m.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Tema</b>       | Coordinaciones realizadas con otras instituciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Desarrollo</b> | <p><b>ORDEN DEL DÍA:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saludo de bienvenida.</li> <li>2. Actividades realizadas con otras instituciones.</li> <li>3. Agradecimiento y despedida.</li> </ol> <p><b>INTRODUCCIÓN:</b></p> <p>El día de hoy 24 de junio se realiza la elaboración del formato ayuda de memoria, siendo las 4:00 p.m, en el cual se relacionan las gestiones que se realizaron con otras instituciones durante todo el mes mayo.</p> <p><b>OBJETIVO:</b></p> <p>Realizar las acciones necesarias para la prestación del servicio con instituciones privadas y públicas, garantizando los derechos de las personas mayores para un envejecimiento activo y feliz.</p> <p><b>RECURSOS:</b></p> <p>La actividad de coordinaciones con otras instituciones se desarrolló, utilizando el teléfono y el computador de la oficina del área de trabajo social.</p> <p><b>METODOLOGIA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los días 3, 5, 19, 12, 16, 19 y 24 de junio la profesional del área se desplazó a las instalaciones de Efecty y Éxito, ubicadas en el centro del municipio para realizar los retiros de dineros que los referentes familiares y /o sociales les enviaron a las personas mayores: Fabio Chala Lee, Blanca Santos, Hugo Velandia, Flor Cucaita, Martha Beltrán, Cecilia Valderrama, Carmen Gómez, Carlos Baquero, Álvaro Saavedra, Ramiro Calderón, María Inés Rodríguez, Abigail Garces, Hilda Molina, Laura Urrea, Balbina Vásquez y Beatriz Vásquez e igualmente en dicha entidad se realizaron recargas a los teléfonos celulares o de algunas personas mayores.</li> </ul> |



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL  
FORMATO AYUDA DE MEMORIA

Código: FOR-GD-040

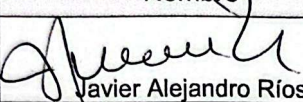
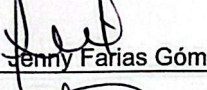
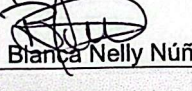
Versión: 0

Fecha: Memo I2024016440 –  
18/06/2024

Página: 2 de 3

- Los días 3, 5, 19, 12, 16, 19 y 24 de junio la la profesional del área realizó compras en diferentes sitios comerciales del municipio, con el fin de colaborar a las personas mayores en compras de artículos personales que requerían, como son pilas para relojes, pilas para radios, cargadores para celulares y radios y artículos de uso personal.
- El día 6 de junio se realiza desplazamiento a la E.P.S, Colpensiones, con el fin de solicitar certificación de I.P.S activa de la persona mayor Flora Inés Arévalo en el municipio de Fusagasugá, ya que al asistir a cita médica la cancelan, comentando que el punto de atención es en la ciudad de Bogotá.
- El día 10 de junio se elabora y radica tutela contra la E.P.S Famisanar en el Juzgado Primero Penal Municipal, para dar a conocer la situación de pendientes de medicamentos e interrupción en los tratamientos, que están afectando el estado de salud de las personas mayores.
- El día 11 de junio se realiza envió por correo electrónico a la secretaria de Salud del municipio, de solicitud para gestionar la jornada de afiliación de seis personas mayores que están ingresadas en el último periodo y están pendientes de realizar dicho trámite en el municipio.
- El día 12 de junio se realiza contacto telefónico con la funcionaria de la Nueva E.P.S para programar la jornada de afiliación, quien indica que el 16 de junio realizará la actividad en las instalaciones de la Comunidad de Cuidado; logrando que efectivamente en dicha fecha se desarrollara la actividad con las 6 personas mayores que estaban pendiente para dicho proceso.
- Los días 10 y 19 de junio se realiza el desplazamiento de una profesional del área de trabajo social a las instalaciones del hospital San Rafael; con el fin de realizar visita y acompañamiento a las personas mayores que se encuentran hospitalizadas en el periodo, momento en el que igualmente se realiza acercamiento al personal médico, solicitando información sobre la evolución del estado de salud de las personas mayores y apoyo en acompañamiento a citas de oftalmología y de curación de heridas.
- El día 16 de Junio se realiza y radica carta en la alcaldía municipal, para invitar al grupo de danza urbana de la secretaria de cultura al encuentro intergeneracional que se llevara a cabo en las instalaciones de la comunidad de cuidado el día 24 de junio, logrando la participación del grupo en la actividad , en la fecha programada.
- El día 22 de junio una profesional del área de trabajo social se desplaza a las instalaciones de la Fiscalía, para denunciar el extravió de la Personas mayor Ernesto Ruiz y así mismo el día 25 nuevamente se realiza acercamiento a dicha entidad, para informar que la persona ya retorno a la comunidad de cuidado.

|                                                                                                                                                                 |                                                                   |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
|  <p>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.<br/>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL</p> | <p>PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL</p> <p>FORMATO AYUDA DE MEMORIA</p> | Código: FOR-GD-040                   |
|                                                                                                                                                                 |                                                                   | Versión: 0                           |
|                                                                                                                                                                 |                                                                   | Fecha: Memo I2024016440 – 18/06/2024 |
|                                                                                                                                                                 |                                                                   | Página: 3 de 3                       |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |                |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------|
|                 | <p>- El día 24 de junio se envía correo electrónico al Juzgado Primero Penal Municipal, para dar a conocer el silencio de la E.P.S Famisanar ante la tutela radicada.</p> <p>Finalmente siendo las 5:00 p.m. se da por terminada la consolidación del acta.</p> <p>ANEXOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro fotográfico.</li> <li>- Gmail envió tutela E.P.S Famisanar.</li> <li>- G mail secretaria salud.</li> <li>- Formularios afiliaciones Nueva E.P.S.</li> <li>- Gmail Juzgado primero penal municipal.</li> </ul> |                    |                |
| Asistentes      | Nombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Cargo/Rol          | Dependencia    |
|                 | <br>Javier Alejandro Ríos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Coordinador        | Coordinación   |
|                 | <br>Paola Acosta Jiménez.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Trabajadora Social | Trabajo Social |
|                 | <br>Jenny Farias Gómez                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Trabajadora Social | Trabajo Social |
|                 | <br>Blanca Nelly Núñez                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Trabajadora Social | Trabajo Social |
| Compromisos     | Actividad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Responsable        | Fecha límite   |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |                |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |                |
| Próxima reunión | Julio / 2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |                |
| Elaboró         | Paola Acosta Jiménez – Trabajadora Social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                |

**INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA**  
**NIT 890982597-7**  
**CONVENIO 9661 – 26 DE DICIEMBRE DE 2024**  
**REGISTRO FOTOGRAFICO MES DE JUNIO DE 2025**

Coordinación realizada con otras instituciones.





trabajo social <trabajosocialhfc@gmail.com>

---

## Tutela a Famisanar por Comunidad de cuidado Hogar Francisco y Clara.

1 mensaje

---

**trabajo social** <trabajosocialhfc@gmail.com>  
Para: tutelasmjpmfusa@cendoj.ramajudicial.gov.co

10 de junio de 2025, 17:04

Buenas tardes:

Por medio de este correo estamos adjuntando acción de Tutela a la E.P.S Famisanar.

Quedamos atentos a su atención.

Cordialmente:

Paola Acosta Jiménez  
c.c. 52.270.932 de Bogotá.  
Trabajadora Social Comunidad de Cuidado Hogar Francisco y Clara.  
Teléfono: 3123374555 - 3204624094

---

### 5 adjuntos



**Penidnetes famisanar JUnio20250610\_14461983.pdf**  
1264K



**DESPRENDIBLES PENDIENTES MEDICAMENTOS MAYO 120250505\_09142434.pdf**  
885K



**DESPRENDIBLES PENDIENTES MEDICAMENTOS MAYO 520250506\_12251626.pdf**  
787K



**TUTELA FAMISANAR.pdf**  
206K



**ACTA INICIO CONV 9661-2024.pdf**  
147K



trabajo social <trabajosocialhfc@gmail.com>

---

## Solicitud afiliaciones personas mayores hogar Francisco y Clara

1 mensaje

---

**trabajo social** <trabajosocialhfc@gmail.com>  
Para: nymora@fusagasugacundinamarca.gov.co

11 de junio de 2025, 12:24

Cordial saludo:

Buenas tardes, me dirijo a ustedes con el fin de realizar gestión de afiliación a la Eps del municipio de Fusagasugá, es por ello que adjunto envió carta de solicitud para asignación de I.P.S de las personas mayores que recientemente se han trasladado para residir en el Hogar Francisco y Clara y fotocopia de documento de identidad.

Altamente agradecida y en espera de su respuesta positiva.

Paola Acosta Jiménez  
Equipo de trabajo social Hogar Francisco y Clara.  
Tel: 3123374555

---

### 2 adjuntos



**Carta solicitud de afiliaciones20250611\_12192109.pdf**  
117K



**Documentos de afiliaciones20250611\_11582411.pdf**  
468K

# REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

eps  
gente cuidando gente  
NIT. 900.196.264-2

\* 01B 19773290 \*

FECHA DE RADICACIÓN

46 06 25

## I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

|                           |                         |                       |                       |                  |               |
|---------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|---------------|
| 1. TIPO DE TRÁMITE        |                         | 2. TIPO DE AFILIACIÓN |                       | 3. RÉGIMEN       |               |
| A. AFILIACIÓN             | B. REPORTE DE NOVEDADES | A. Individual:        | B. Colectiva          | C. Institucional | D. De oficio  |
| 4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA | 5. TIPO DE AFILIADO     | A. Cotizante          | C. Beneficiario       | A. Dependiente   | C. Pensionado |
| SI NO                     | A. Cotizante            | B. Cabeza de Familia  | D. Afiliado adicional | B. Independiente |               |
|                           |                         |                       |                       |                  | 7. CÓDIGO     |

## II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

|                                    |                                   |                        |                         |                                   |                          |                              |                        |                |  |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------|----------------|--|
| 8. APELLIDOS Y NOMBRES             |                                   | PRIMER APELLIDO        |                         | SEGUNDO APELLIDO                  |                          | PRIMER NOMBRE                |                        | SEGUNDO NOMBRE |  |
|                                    |                                   | Rojas                  |                         | -                                 |                          | Peinado                      |                        | -              |  |
| 9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD     | 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 11. SEXO BIOLÓGICO     | 12. SEXO IDENTIFICACIÓN | 13. NACIONALIDAD                  | 14. LUGAR DE NACIMIENTO  | 15. FECHA NACIMIENTO         |                        |                |  |
| C.N. M.S. T.C. C.E. S.O. C.D. A.S. | 5897 995                          | F                      | Cual?                   |                                   | Colombia                 | 16/06/25                     |                        |                |  |
| 16. ETNIA                          |                                   | 17. COMUNIDAD INDIGENA | 18. DISCAPACIDAD        | 19. TIENE ENCUESTA SISBEN?        | 20. CLASIFICACIÓN SISBEN | 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL | 22. ARL                |                |  |
| 23. APP                            |                                   | 24. IBC                |                         | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA |                          | 26. RESIDENCIA               | 27. DIRECCIÓN          |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   |                          | 28. DEPARTAMENTO             | 29. MUNICIPIO/DISTRITO |                |  |
| TELÉFONO FIJO                      |                                   | TELÉFONO CELULAR       | CORREO ELECTRÓNICO      |                                   |                          |                              |                        |                |  |
| No tiene                           |                                   | 204624094              | kangoxialhyce@gmail.com |                                   |                          |                              |                        |                |  |
| MUNICIPIO/DISTRITO                 |                                   | LOCALIDAD/COMUNA       | ZONA                    |                                   | 30. SEXO BIOLÓGICO       |                              |                        |                |  |
| Tongogona                          |                                   | Ipia de Saxes          | Zona Urbana             |                                   | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 32. NACIÓN               |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 33. LUGAR DE NACIMIENTO  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 34. FECHA NACIMIENTO     |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 35. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 36. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 37. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 38. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 39. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 40. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 41. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 42. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 43. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 44. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 45. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 46. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 47. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 48. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 49. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 50. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 51. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 52. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 53. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 54. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 55. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 56. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 57. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 58. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 59. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 60. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 61. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 62. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 63. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 64. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 65. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 66. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 67. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 68. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 69. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 70. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 71. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 72. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 73. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 74. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 75. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 76. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 77. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 78. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 79. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 80. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 81. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 82. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 83. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 84. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 85. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 86. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 87. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 88. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 89. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 90. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 91. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 92. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 93. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 94. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 95. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 96. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 97. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 98. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 99. SEXO IDENTIFICACIÓN  |                              |                        |                |  |
|                                    |                                   |                        |                         |                                   | 100. SEXO IDENTIFICACIÓN |                              |                        |                |  |

## III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

|                                 |                                   |                    |                         |                  |                         |                      |  |                |  |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------|-------------------------|------------------|-------------------------|----------------------|--|----------------|--|
| 27. APELLIDOS Y NOMBRES         |                                   | PRIMER APELLIDO    |                         | SEGUNDO APELLIDO |                         | PRIMER NOMBRE        |  | SEGUNDO NOMBRE |  |
|                                 |                                   |                    |                         |                  |                         |                      |  |                |  |
| 28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 30. SEXO BIOLÓGICO | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN | 32. NACIONALIDAD | 33. LUGAR DE NACIMIENTO | 34. FECHA NACIMIENTO |  |                |  |
|                                 |                                   |                    |                         |                  |                         |                      |  |                |  |

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

|                                                        |                                    |                         |                  |          |                         |                         |                         |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|------------------|----------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 37. NÚMERO DE IDENTIDAD | 38. NACIONALIDAD | 39. SEXO | 40. SEXO IDENTIFICACIÓN | 41. LUGAR DE NACIMIENTO | 42. FECHA DE NACIMIENTO |
|                                                        |                                    |                         |                  |          |                         |                         |                         |

|                |  |           |               |                                 |                            |                          |                  |                            |                         |          |
|----------------|--|-----------|---------------|---------------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|----------------------------|-------------------------|----------|
| 43. PARENTESCO |  | 44. ETNIA | 45. COMUNIDAD | 46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 47. TIENE ENCUESTA SISBEN? | 48. CLASIFICACIÓN SISBEN | 49. DISCAPACIDAD | 50. INCAPACIDAD PERMANENTE | 51. Datos de residencia | 52. ZONA |
|                |  |           |               |                                 |                            |                          |                  |                            |                         |          |

|                               |                                            |               |                      |                        |         |                                               |
|-------------------------------|--------------------------------------------|---------------|----------------------|------------------------|---------|-----------------------------------------------|
| 53. TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR | 54. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL | 55. DIRECCIÓN | 56. LOCALIDAD/COMUNA | 57. CORREO ELECTRÓNICO | 58. IPS | 59. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS) |
|                               |                                            |               |                      |                        |         |                                               |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

|                           |                                      |                                            |                                                                       |
|---------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 60. Nombre o razón social | 61. Tipo documento de identificación | 62. Número del documento de identificación | 63. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|                           |                                      |                                            |                                                                       |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

|                                                          |                                                                          |                                                                                           |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 64. TIPO DE NOVEDAD                                      | 65. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR | 66. TRASPASO                                                                              |
| 1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN       | 2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN                         | 3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD                                               |
| 4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS | 5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS                               | 6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO                                                 |
| 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. 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. COLECTIVAS      |
|                                                          |                                                                          | 12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS            |
|                                                          |                                                                          | 13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS         |
|                                                          |                                                                          | 14. MOVILIDAD                                                                             |
|                                                          |                                                                          | 15. TRASPASO                                                                              |
|                                                          |                                                                          | 16. REPORTE DE FALLECIMIENTO                                                              |
|                                                          |                                                                          | 17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE                                          |
|                                                          |                                                                          | 18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO                                                |
|                                                          |                                                                          | 19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO                                                   |
|                                                          |                                                                          | 20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA                                                      |
|                                                          |                                                                          | 21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA                                                      |

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

|                                     |                                   |                      |                         |                  |                         |                      |  |                |  |
|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|-------------------------|------------------|-------------------------|----------------------|--|----------------|--|
| 67. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN |                                   | PRIMER APELLIDO      |                         | SEGUNDO APELLIDO |                         | PRIMER NOMBRE        |  | SEGUNDO NOMBRE |  |
|                                     |                                   | Rojas                |                         | -                |                         | Peinado              |  | -              |  |
| 68. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD     | 69. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 70. SEXO BIOLÓGICO   | 71. SEXO IDENTIFICACIÓN | 72. NACIONALIDAD | 73. LUGAR DE NACIMIENTO | 74. FECHA NACIMIENTO |  |                |  |
|                                     | 5897 995                          |                      |                         |                  |                         | 16/06/25             |  |                |  |
| 75. FECHA NACIMIENTO                | 76. EPS ANTERIOR                  | 77. FECHA DE NOVEDAD | 78. MOTIVO DE TRASLADO  |                  |                         |                      |  |                |  |
| 16/06/25                            | Epitelial                         | 16/06/25             | 06                      |                  |                         |                      |  |                |  |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

|                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 79. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.                                      |  |
| 80. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.                                                                                                                                        |  |
| 81. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad.                                               |  |
| 82. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.                                                                         |  |
| 83. 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.                                                                |  |
| 84. 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.                 |  |
| 85. Autorización para que la EPS realice el manejo de 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. |  |
| 86. a) Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.        |  |
| b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).         |  |
| 87. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.                                                                                                                   |  |
| 88. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisben vigente.                                                                                                      |  |

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

|                                                                                                                                                            |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria |                  |
| APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS                                                                                                                              |                  |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                            | SEGUNDO APELLIDO |
|                                                                                                                                                            |                  |

\* 01B 19773287 \*

FECHA DE RADICACIÓN

16/08/25

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

|                           |                         |                       |                                      |                      |                  |
|---------------------------|-------------------------|-----------------------|--------------------------------------|----------------------|------------------|
| 1. TIPO DE TRÁMITE        |                         | 2. TIPO DE AFILIACIÓN |                                      | 3. REGIMEN           |                  |
| A. AFILIACIÓN             | B. REPORTE DE NOVEDADES | A. Individual         | B. Beneficiario o afiliado adicional | A. Contributivo      | B. Subsidado     |
| 4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA | 5. TIPO DE AFILIADO     | A. Cotizante          | C. Beneficiario                      | 6. TIPO DE COTIZANTE | 7. CÓDIGO        |
| SI NO                     | A. Cotizante            | B. Cabeza de Familia  | D. Afiliado adicional                | A. Dependiente       | B. Independiente |
| SI NO                     |                         |                       |                                      | C. Pensionado        |                  |

II. AFILIACIÓN

A. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

|                                |  |                                   |  |                    |  |                         |  |                  |  |
|--------------------------------|--|-----------------------------------|--|--------------------|--|-------------------------|--|------------------|--|
| 8. APELLIDOS Y NOMBRES         |  | PRIMER APELLIDO                   |  | SEGUNDO APELLIDO   |  | PRIMER NOMBRE           |  | SEGUNDO NOMBRE   |  |
|                                |  | Lorano                            |  | Tapiero            |  | Nelly                   |  |                  |  |
| 9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | 11. SEXO BIOLÓGICO |  | 12. SEXO IDENTIFICACIÓN |  | 13. NACIONALIDAD |  |
|                                |  | 41308-248                         |  | X                  |  | Cual?                   |  | Colombia         |  |
| 14. LUGAR DE NACIMIENTO        |  | 15. FECHA NACIMIENTO              |  | 16. ETNIA          |  | 17. COMUNIDAD INDÍGENA  |  | 18. DISCAPACIDAD |  |
| Bombia                         |  | 28/08/44                          |  | 06                 |  |                         |  | SI NO            |  |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

|                            |  |                          |  |                                   |  |                |  |
|----------------------------|--|--------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------|--|
| 19. TIENE ENCUESTA SISBEN? |  | 20. CLASIFICACIÓN SISBEN |  | 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL      |  | 22. ARL        |  |
| SI NO                      |  |                          |  |                                   |  |                |  |
| 23. APP                    |  | 24. IBC                  |  | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA |  | 26. RESIDENCIA |  |
|                            |  |                          |  |                                   |  | DIRECCIÓN      |  |
|                            |  |                          |  |                                   |  | DEPARTAMENTO   |  |
| TELÉFONO FIJO              |  | TELÉFONO CELULAR         |  | CORREO ELECTRÓNICO                |  | DEPARTAMENTO   |  |
| No tiene                   |  | 3204624094               |  | habgocialh@gmail.com              |  | Bogotá         |  |
| MUNICIPIO/ DISTRITO        |  | LOCALIDAD/COMUNA         |  | ZONA                              |  | IPS            |  |
| Tunja                      |  | Vereda la Soles          |  | CABECERA MUNICIPAL                |  | 12319          |  |

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

|                                 |  |                                   |  |                    |  |                         |  |                  |  |
|---------------------------------|--|-----------------------------------|--|--------------------|--|-------------------------|--|------------------|--|
| 27. APELLIDOS Y NOMBRES         |  | PRIMER APELLIDO                   |  | SEGUNDO APELLIDO   |  | PRIMER NOMBRE           |  | SEGUNDO NOMBRE   |  |
|                                 |  |                                   |  |                    |  |                         |  |                  |  |
| 28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | 30. SEXO BIOLÓGICO |  | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN |  | 32. NACIONALIDAD |  |
|                                 |  |                                   |  |                    |  | Cual?                   |  |                  |  |
| 33. LUGAR DE NACIMIENTO         |  | 34. FECHA NACIMIENTO              |  | 35. PAÍS           |  | 36. DEPARTAMENTO        |  | 37. MUNICIPIO    |  |
|                                 |  |                                   |  |                    |  |                         |  |                  |  |

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

|                                                        |  |                                    |  |                         |  |                  |  |          |  |                         |  |                         |  |                         |  |
|--------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------|--|------------------|--|----------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|
| 35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS |  | 36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | 37. NÚMERO DE IDENTIDAD |  | 38. NACIONALIDAD |  | 39. SEXO |  | 40. SEXO IDENTIFICACIÓN |  | 41. LUGAR DE NACIMIENTO |  | 42. FECHA DE NACIMIENTO |  |
|                                                        |  |                                    |  |                         |  |                  |  |          |  |                         |  |                         |  |                         |  |

|                |  |           |  |               |  |                                 |  |                            |  |                          |  |                  |  |                            |  |                         |  |                     |  |
|----------------|--|-----------|--|---------------|--|---------------------------------|--|----------------------------|--|--------------------------|--|------------------|--|----------------------------|--|-------------------------|--|---------------------|--|
| 43. PARENTESCO |  | 44. ETNIA |  | 45. COMUNIDAD |  | 46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL |  | 47. TIENE ENCUESTA SISBEN? |  | 48. CLASIFICACIÓN SISBEN |  | 49. DISCAPACIDAD |  | 50. INCAPACIDAD PERMANENTE |  | 51. Datos de residencia |  | ZONA                |  |
|                |  |           |  |               |  |                                 |  | SI NO                      |  | NIVEL GRUPO              |  | SI NO            |  | SI NO                      |  | DEPARTAMENTO            |  | MUNICIPIO/ DISTRITO |  |
|                |  |           |  |               |  |                                 |  |                            |  |                          |  |                  |  |                            |  |                         |  |                     |  |

|                           |  |                                            |  |           |  |                  |  |                    |  |         |  |                                               |  |
|---------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------|--|------------------|--|--------------------|--|---------|--|-----------------------------------------------|--|
| TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR |  | 52. VALOR DE LA UPO DEL AFILIADO ADICIONAL |  | DIRECCIÓN |  | LOCALIDAD/COMUNA |  | CORREO ELECTRÓNICO |  | 53. IPS |  | 54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS) |  |
|                           |  |                                            |  |           |  |                  |  |                    |  |         |  |                                               |  |

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

|                           |  |                                      |  |                                            |  |                                                                       |  |
|---------------------------|--|--------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|
| 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             |  | TELÉFONO FIJO O CELULAR              |  | CORREO ELECTRÓNICO                         |  | DEPARTAMENTO                                                          |  |
|                           |  |                                      |  |                                            |  |                                                                       |  |

B. REPORTE DE NOVEDADES

|                                                          |  |                                                                                           |  |                                                  |  |
|----------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|--|
| 60. TIPO DE NOVEDAD                                      |  | 61. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR                  |  | 62. TRASLADO                                     |  |
| 1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN       |  | 10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO |  | A) MISMO RÉGIMEN                                 |  |
| 2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN         |  | 11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS. 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.                 |  | B) DIFERENTE RÉGIMEN                             |  |
| 3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD              |  | 12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS            |  | 16. REPORTE DE FALLECIMIENTO                     |  |
| 4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS |  | 13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS         |  | 17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE |  |
| 5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código:       |  | 14. MOVILIDAD                                                                             |  | 18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO       |  |
| 6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código:        |  | A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO                                                                |  | 19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO          |  |
| 7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES |  | B) AL RÉGIMEN SUBSIDADO                                                                   |  | 20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA             |  |
| 8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES |  |                                                                                           |  | 21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA             |  |

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

|                                     |  |                                   |  |                      |  |                         |  |                |  |
|-------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------|--|-------------------------|--|----------------|--|
| 61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN |  | PRIMER APELLIDO                   |  | SEGUNDO APELLIDO     |  | PRIMER NOMBRE           |  | SEGUNDO NOMBRE |  |
|                                     |  | Lorano                            |  | Tapiero              |  | Nelly                   |  |                |  |
| 62. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD     |  | 63. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | 64. SEXO BIOLÓGICO   |  | 65. SEXO IDENTIFICACIÓN |  | 66. CUAL?      |  |
|                                     |  | 41308-248                         |  | X                    |  | Cual?                   |  |                |  |
| 67. FECHA NACIMIENTO                |  | 68. EPS ANTERIOR                  |  | 69. FECHA DE NOVEDAD |  | 70. MOTIVO DE TRASLADO  |  | Código         |  |
| 28/08/44                            |  | Capital                           |  | 16/08/25             |  | 06                      |  |                |  |

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

|                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 71. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.                                      |  |  |  |
| 72. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.                                                                                                                                        |  |  |  |
| 73. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad.                                               |  |  |  |
| 74. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.                                                                         |  |  |  |
| 75. 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.                                                                |  |  |  |
| 76. Autorización para que la EPS realice el manejo de 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. |  |  |  |
| 77. Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.           |  |  |  |
| 78. Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso el estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).        |  |  |  |
| 79. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.                                                                                                                   |  |  |  |
| 80. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisben vigente.                                                                                                      |  |  |  |

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

|                               |  |                               |  |                  |  |               |  |                |  |
|-------------------------------|--|-------------------------------|--|------------------|--|---------------|--|----------------|--|
| APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS |  | PRIMER APELLIDO               |  | SEGUNDO APELLIDO |  | PRIMER NOMBRE |  | SEGUNDO NOMBRE |  |
|                               |  |                               |  |                  |  |               |  |                |  |
| TIPO DOCUMENTO                |  | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  |                  |  |               |  |                |  |
|                               |  |                               |  |                  |  |               |  |                |  |

\* 01B 19773277 \*

FECHA DE RADICACIÓN

16 06 25

3. RÉGIMEN  
A. Contributivo  
B. Subsidiado

## I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

|                           |                         |                       |                                  |                                      |                |
|---------------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------------------|--------------------------------------|----------------|
| 1. TIPO DE TRÁMITE        |                         | 2. TIPO DE AFILIACIÓN |                                  | 3. RÉGIMEN                           |                |
| A. AFILIACIÓN             | B. REPORTE DE NOVEDADES | A. Individual:        | a) Cotizante o cabeza de familia | b) Beneficiario o afiliado adicional | B. Colectiva   |
| 4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA | 5. TIPO DE AFILIADO     | A. Cotizante          | C. Beneficiario                  | 6. TIPO DE COTIZANTE                 | A. Dependiente |
| SI NO                     | A. Cotizante            | B. Cabeza de Familia  | D. Afiliado adicional            | B. Independiente                     | C. Pensionado  |
|                           |                         |                       |                                  |                                      | 7. CÓDIGO      |

## A. AFILIACIÓN

## II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

|                                |  |                                   |  |                              |  |                         |  |                        |  |
|--------------------------------|--|-----------------------------------|--|------------------------------|--|-------------------------|--|------------------------|--|
| 8. APELLIDOS Y NOMBRES         |  | PRIMER APELLIDO                   |  | SEGUNDO APELLIDO             |  | PRIMER NOMBRE           |  | SEGUNDO NOMBRE         |  |
|                                |  | Cadena                            |  | Acosta                       |  | Hector                  |  | Jairo                  |  |
| 9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | 11. SEXO BIOLÓGICO           |  | 12. SEXO IDENTIFICACIÓN |  | 13. FECHA NACIMIENTO   |  |
|                                |  | 19 471 252                        |  | M                            |  | F                       |  | 20 04 62               |  |
| 14. NACIONALIDAD               |  | 15. LUGAR DE NACIMIENTO           |  | 16. TIPO DE NACIMIENTO       |  | 17. TIPO DE NACIMIENTO  |  | 18. TIPO DE NACIMIENTO |  |
| Colombia                       |  | Colombia                          |  | Condramara Bogotá            |  |                         |  |                        |  |
| 19. TIENE ENCUESTA SISBEN      |  | 20. CLASIFICACIÓN SISBEN          |  | 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL |  | 22. ARL                 |  | 23. ARL                |  |
| SI NO                          |  | SI NO                             |  | SI NO                        |  | SI NO                   |  | SI NO                  |  |
|                                |  |                                   |  |                              |  |                         |  |                        |  |
| 24. IBC                        |  | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA |  | 26. RESIDENCIA               |  | 27. DIRECCIÓN           |  | 28. DEPARTAMENTO       |  |
|                                |  |                                   |  | CABECERA MUNICIPAL           |  | CENTRO POBLADO          |  | RURAL DISPERSO         |  |
|                                |  |                                   |  | CABECERA MUNICIPAL           |  | CENTRO POBLADO          |  | RURAL DISPERSO         |  |
|                                |  |                                   |  | CABECERA MUNICIPAL           |  | CENTRO POBLADO          |  | RURAL DISPERSO         |  |
| TELÉFONO FIJO                  |  | TELÉFONO CELULAR                  |  | CORREO ELECTRÓNICO           |  | ZONA                    |  | CABECERA MUNICIPAL     |  |
| 10 1111 1111                   |  | 320 162 1014                      |  | hugobxk@hugobxk.com          |  | CABECERA MUNICIPAL      |  | CABECERA MUNICIPAL     |  |
| MUNICIPIO/DISTRITO             |  | LOCALIDAD/COMUNA                  |  | ZONA                         |  | CABECERA MUNICIPAL      |  | CABECERA MUNICIPAL     |  |
| Tegucigalpa                    |  | Hercules                          |  | CABECERA MUNICIPAL           |  | CABECERA MUNICIPAL      |  | CABECERA MUNICIPAL     |  |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

|                                 |  |                                   |  |                    |  |                         |  |                      |  |
|---------------------------------|--|-----------------------------------|--|--------------------|--|-------------------------|--|----------------------|--|
| 27. APELLIDOS Y NOMBRES         |  | PRIMER APELLIDO                   |  | SEGUNDO APELLIDO   |  | PRIMER NOMBRE           |  | SEGUNDO NOMBRE       |  |
|                                 |  |                                   |  |                    |  |                         |  |                      |  |
| 28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | 30. SEXO BIOLÓGICO |  | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN |  | 32. FECHA NACIMIENTO |  |
|                                 |  |                                   |  | M                  |  | F                       |  | DIA MES AÑO          |  |
| 33. NACIONALIDAD                |  | 34. LUGAR DE NACIMIENTO           |  | 35. PAÍS           |  | 36. DEPARTAMENTO        |  | 37. MUNICIPIO        |  |
|                                 |  |                                   |  |                    |  |                         |  |                      |  |

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

|                                                        |  |                                            |  |                         |  |                                 |  |                           |  |                          |  |                                               |  |                            |  |
|--------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------|--|--------------------------|--|-----------------------------------------------|--|----------------------------|--|
| 35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS |  | 36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD         |  | 37. NÚMERO DE IDENTIDAD |  | 38. NACIONALIDAD                |  | 39. SEXO                  |  | 40. SEXO IDENTIFICACIÓN  |  | 41. LUGAR DE NACIMIENTO                       |  | 42. FECHA DE NACIMIENTO    |  |
|                                                        |  |                                            |  |                         |  |                                 |  |                           |  |                          |  |                                               |  |                            |  |
| 39. SEXO                                               |  | 40. SEXO IDENTIFICACIÓN                    |  | 41. LUGAR DE NACIMIENTO |  | 42. FECHA DE NACIMIENTO         |  | 43. SEXO                  |  | 44. SEXO IDENTIFICACIÓN  |  | 45. LUGAR DE NACIMIENTO                       |  | 46. FECHA DE NACIMIENTO    |  |
|                                                        |  |                                            |  |                         |  |                                 |  |                           |  |                          |  |                                               |  |                            |  |
| 43. PARENTESCO                                         |  | 44. ÉTICA                                  |  | 45. COMUNIDAD           |  | 46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL |  | 47. TIENE ENCUESTA SISBEN |  | 48. CLASIFICACIÓN SISBEN |  | 49. DISCAPACIDAD                              |  | 50. INCAPACIDAD PERMANENTE |  |
|                                                        |  |                                            |  |                         |  |                                 |  |                           |  |                          |  |                                               |  |                            |  |
| 51. Datos de residencia                                |  | 52. DEPARTAMENTO                           |  | 53. MUNICIPIO/DISTRITO  |  | 54. ZONA                        |  | 55. DEPARTAMENTO          |  | 56. MUNICIPIO/DISTRITO   |  | 57. ZONA                                      |  | 58. DEPARTAMENTO           |  |
|                                                        |  |                                            |  |                         |  |                                 |  |                           |  |                          |  |                                               |  |                            |  |
| TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR                              |  | 52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL |  | DIRECCIÓN               |  | LOCALIDAD/COMUNA                |  | CORREO ELECTRÓNICO        |  | 53. IPS                  |  | 54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS) |  | 55. CÓDIGO DE LA IPS       |  |
|                                                        |  |                                            |  |                         |  |                                 |  |                           |  |                          |  |                                               |  |                            |  |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

|                           |  |                                      |  |                                            |  |                                                                       |  |
|---------------------------|--|--------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|
| 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             |  | TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR            |  | CORREO ELECTRÓNICO                         |  | DEPARTAMENTO                                                          |  |
|                           |  |                                      |  |                                            |  |                                                                       |  |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

|                                                          |  |                                                                                           |  |                                                  |  |
|----------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|--|
| 60. TIPO DE NOVEDAD                                      |  | 61. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR                  |  | 62. TRASPASO                                     |  |
| 1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN       |  | 10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO |  | A) MISMO RÉGIMEN                                 |  |
| 2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN         |  | 11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS. 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA                  |  | B) DIFERENTE RÉGIMEN                             |  |
| 3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD              |  | 12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS            |  | 16. REPORTE DE FALLECIMIENTO                     |  |
| 4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS |  | 13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS         |  | 17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE |  |
| 5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS. Código:      |  | 14. MOVILIDAD                                                                             |  | 18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO       |  |
| 6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO. Código:       |  | A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO                                                                |  | 19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO          |  |
| 7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES |  | B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO                                                                  |  | 20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA             |  |
| 8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES |  |                                                                                           |  | 21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA             |  |

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

|                                     |  |                                   |  |                        |  |                         |  |                      |  |
|-------------------------------------|--|-----------------------------------|--|------------------------|--|-------------------------|--|----------------------|--|
| 61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN |  | PRIMER APELLIDO                   |  | SEGUNDO APELLIDO       |  | PRIMER NOMBRE           |  | SEGUNDO NOMBRE       |  |
|                                     |  | Cadena                            |  | Acosta                 |  | Hector                  |  | Jairo                |  |
| 62. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD     |  | 63. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | 64. SEXO BIOLÓGICO     |  | 65. SEXO IDENTIFICACIÓN |  | 66. FECHA NACIMIENTO |  |
|                                     |  | 19 471 252                        |  | M                      |  | F                       |  | 20 04 62             |  |
| 67. FECHA NACIMIENTO                |  | 68. FECHA DE NOVEDAD              |  | 69. MOTIVO DE TRASLADO |  | Código                  |  | 06                   |  |
| 20 04 62                            |  | 16 06 25                          |  |                        |  |                         |  |                      |  |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

|                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.                                      |  | 70. Declaración de que 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. Anexo soporte de la Entidad.                                               |  | 72. Declaración de no intermediación 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.          |  |
| 75. Autorización para que la EPS realice el manejo de 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. a) Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. |  |
| 76. b) Autorizo para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).         |  | 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 Sisben vigente.                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                    |  |

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

|                               |  |                  |  |                  |  |                     |  |                  |  |
|-------------------------------|--|------------------|--|------------------|--|---------------------|--|------------------|--|
| APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS |  | PRIMER APELLIDO  |  | SEGUNDO APELLIDO |  | PRIMER NOMBRE       |  | SEGUNDO NOMBRE   |  |
|                               |  |                  |  |                  |  |                     |  |                  |  |
| TIPO DOCUMENTO                |  | NÚMERO DOCUMENTO |  | SEXO BIOLÓGICO   |  | SEXO IDENTIFICACIÓN |  | FECHA NACIMIENTO |  |
|                               |  |                  |  |                  |  |                     |  |                  |  |

# REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

eps  
gente cuidando gente  
NIT. 900.156.284-2

\* 01B 19773286 \*

FECHA DE RADICACIÓN

## I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

|                                                                    |                         |                                  |                                      |                  |               |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------|---------------|
| 1. TIPO DE TRÁMITE                                                 |                         | 2. TIPO DE AFILIACIÓN            |                                      | 3. RÉGIMEN       |               |
| A. AFILIACIÓN                                                      | B. REPORTE DE NOVEDADES | A. Individual:                   | B. Colectiva                         | C. Institucional | D. De oficio  |
| 4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA                                          | 5. TIPO DE AFILIADO     | a) Cotizante o cabeza de familia | b) Beneficiario o afiliado adicional |                  |               |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | A. Cotizante            | C. Beneficiario                  | 6. TIPO DE COTIZANTE                 | A. Dependiente   | C. Pensionado |
|                                                                    | B. Cabeza de Familia    | D. Afiliado adicional            | B. Independiente                     |                  |               |
|                                                                    |                         |                                  | 7. CÓDIGO                            |                  |               |

## A. AFILIACIÓN

### B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

|                                |                  |                                   |                      |                    |  |                         |  |
|--------------------------------|------------------|-----------------------------------|----------------------|--------------------|--|-------------------------|--|
| 8. APELLIDOS Y NOMBRES         |                  | 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |                      | 11. SEXO BIOLÓGICO |  | 12. SEXO IDENTIFICACIÓN |  |
| PRIMER APELLIDO                | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                     | SEGUNDO NOMBRE       |                    |  |                         |  |
| Olegario                       | Pacheco          | Andrés                            | José                 |                    |  |                         |  |
| 9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 13. NACIONALIDAD | 14. LUGAR DE NACIMIENTO           | 15. FECHA NACIMIENTO | 16. ARL            |  |                         |  |
| C.C.                           | Colombia         | Cachemero                         | 26/03/43             |                    |  |                         |  |

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

|                     |                                                                    |                                                                    |                                     |                              |                          |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 17. ETNIA           | 18. DISCAPACIDAD                                                   | 19. TIENE ENCUESTA SISBEN?                                         | 20. CLASIFICACIÓN SISBEN            | 21. GRUPO POBLACION ESPECIAL | 22. ARL                  |
| 06                  | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                              |                          |
| 23. AFP             | 24. IBC                                                            | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA                                  | 26. RESIDENCIA                      | 27. DIRECCIÓN                |                          |
|                     |                                                                    |                                                                    | Km 2 Vía Para el Nuevo Horizonte    | Cachemero                    |                          |
| TELÉFONO FIJO       | TELÉFONO CELULAR                                                   | CORREO ELECTRÓNICO                                                 | DEPARTAMENTO                        |                              |                          |
| no tiene            | 3204627494                                                         | luis.pacheco@gmail.com                                             | Cachemero                           |                              |                          |
| MUNICIPIO/ DISTRITO | LOCALIDAD/ COMUNA                                                  | ZONA                                                               | CABECERA MUNICIPAL                  | CENTRO POBLADO               | RESTO RURAL              |
| San Carlos          | Vereda Los Suenos                                                  |                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |

### IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

|                         |                         |                                 |                  |                                   |                      |                    |  |                         |  |                      |  |
|-------------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------|-----------------------------------|----------------------|--------------------|--|-------------------------|--|----------------------|--|
| 27. APELLIDOS Y NOMBRES |                         | 28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |                  | 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |                      | 30. SEXO BIOLÓGICO |  | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN |  | 32. FECHA NACIMIENTO |  |
| PRIMER APELLIDO         | SEGUNDO APELLIDO        | PRIMER NOMBRE                   | SEGUNDO NOMBRE   |                                   |                      |                    |  |                         |  |                      |  |
|                         |                         |                                 |                  |                                   |                      |                    |  |                         |  |                      |  |
| 33. NACIONALIDAD        | 34. LUGAR DE NACIMIENTO | 35. PAÍS                        | 36. DEPARTAMENTO | 37. MUNICIPIO                     | 38. FECHA NACIMIENTO |                    |  |                         |  |                      |  |
|                         |                         |                                 |                  |                                   |                      |                    |  |                         |  |                      |  |

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

|                                                        |                                    |                         |                  |          |                         |                         |                         |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|------------------|----------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 37. NÚMERO DE IDENTIDAD | 38. NACIONALIDAD | 39. SEXO | 40. SEXO IDENTIFICACIÓN | 41. LUGAR DE NACIMIENTO | 42. FECHA DE NACIMIENTO |
|                                                        |                                    |                         |                  |          |                         |                         |                         |
|                                                        |                                    |                         |                  |          |                         |                         |                         |
|                                                        |                                    |                         |                  |          |                         |                         |                         |
|                                                        |                                    |                         |                  |          |                         |                         |                         |

|                |  |           |               |                                 |                            |                          |                  |                            |                         |                     |
|----------------|--|-----------|---------------|---------------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|
| 43. PARENTESCO |  | 44. ETNIA | 45. COMUNIDAD | 46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 47. TIENE ENCUESTA SISBEN? | 48. CLASIFICACIÓN SISBEN | 49. DISCAPACIDAD | 50. INCAPACIDAD PERMANENTE | 51. Datos de residencia | 52. ZONA            |
|                |  |           |               |                                 | SI NO                      | NIVEL GRUPO              | SI NO            | SI NO                      | DEPARTAMENTO            | MUNICIPIO/ DISTRITO |
|                |  |           |               |                                 |                            |                          |                  |                            |                         |                     |
|                |  |           |               |                                 |                            |                          |                  |                            |                         |                     |
|                |  |           |               |                                 |                            |                          |                  |                            |                         |                     |

|                           |                                            |           |                   |                    |         |                                               |
|---------------------------|--------------------------------------------|-----------|-------------------|--------------------|---------|-----------------------------------------------|
| TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR | 52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL | DIRECCIÓN | LOCALIDAD/ COMUNA | CORREO ELECTRÓNICO | 53. IPS | 54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS) |
|                           |                                            |           |                   |                    |         |                                               |
|                           |                                            |           |                   |                    |         |                                               |
|                           |                                            |           |                   |                    |         |                                               |
|                           |                                            |           |                   |                    |         |                                               |

### V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

|                           |                                      |                                            |                                                                       |
|---------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 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             | 60. DIRECCIÓN                        | 61. CORREO ELECTRÓNICO                     | 62. DEPARTAMENTO                                                      |
|                           |                                      |                                            |                                                                       |

### B. REPORTE DE NOVEDADES

|                                                          |                                                                                           |                                                  |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 60. TIPO DE NOVEDAD                                      | 61. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR                  | 62. TRASLADO                                     |
| 1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN       | 10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO | A) MISMO RÉGIMEN                                 |
| 2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN         | 11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA                   | B) DIFERENTE RÉGIMEN                             |
| 3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD              | 12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS            | 16. REPORTE DE FALLECIMIENTO                     |
| 4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS | 13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS         | 17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE |
| 5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS. Código:      | 14. MOVILIDAD                                                                             | 18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO       |
| 6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO. Código:       | A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO                                                                | 19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO          |
| 7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES | B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO                                                                  | 20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA             |
| 8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES |                                                                                           | 21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA             |

### VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

|                                     |                                   |                      |                        |                                                          |  |
|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|------------------------|----------------------------------------------------------|--|
| 61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN |                                   | 62. SEXO BIOLÓGICO   |                        | 63. SEXO IDENTIFICACIÓN                                  |  |
| PRIMER APELLIDO                     | SEGUNDO APELLIDO                  | PRIMER NOMBRE        | SEGUNDO NOMBRE         |                                                          |  |
| Olegario                            | Pacheco                           | Andrés               | José                   |                                                          |  |
| 64. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD     | 65. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 66. FECHA DE NOVEDAD | 67. MOTIVO DE TRASLADO | 68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES |  |
| C.C.                                | 17-074-096                        | 16/08/25             | Código 06              |                                                          |  |

### VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

|                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.                                      | <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. Anexo soporte de la Entidad                                                | <input type="checkbox"/>            |
| 72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.                                                                         | <input 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.                 | <input type="checkbox"/>            |
| 75. Autorización para que la EPS realice el manejo de 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"/>            |
| 76. a) Autorizo mi consentimiento expreso para que Nüvra EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.          | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).         | <input checked="" 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.                                                                                                      | <input type="checkbox"/>            |

### VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

|                               |                  |                  |                |               |  |                |  |
|-------------------------------|------------------|------------------|----------------|---------------|--|----------------|--|
| APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS |                  | SEGUNDO APELLIDO |                | PRIMER NOMBRE |  | SEGUNDO NOMBRE |  |
| PRIMER APELLIDO               | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE    | SEGUNDO NOMBRE |               |  |                |  |
|                               |                  |                  |                |               |  |                |  |

FECHA DE RADICACIÓN

16 06 25

## I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

|                                                                    |                         |                       |                       |                      |                |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|----------------|
| 1. TIPO DE TRÁMITE                                                 |                         | 2. TIPO DE AFILIACIÓN |                       | 3. RÉGIMEN           |                |
| A. AFILIACIÓN                                                      | B. REPORTE DE NOVEDADES | A. Individual:        | B. Colectiva          | C. Institucional     | D. De oficio   |
| 4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA                                          | 5. TIPO DE AFILIADO     | A. Cotizante          | C. Beneficiario       | 6. TIPO DE COTIZANTE | A. Dependiente |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | A. Cotizante            | B. Cabeza de Familia  | D. Afiliado adicional | B. Independiente     | C. Pensionado  |
| 7. CÓDIGO                                                          |                         |                       |                       |                      |                |

|                                                                                                                         |  |                                   |  |                      |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------|--|
| A. AFILIACIÓN                                                                                                           |  |                                   |  |                      |  |
| II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)                                                 |  |                                   |  |                      |  |
| 8. APELLIDOS Y NOMBRES                                                                                                  |  |                                   |  |                      |  |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                         |  | SEGUNDO APELLIDO                  |  | PRIMER NOMBRE        |  |
| Ojalora                                                                                                                 |  | Pineiros                          |  | Ana                  |  |
| 9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD                                                                                          |  | 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | 11. SEXO BIOLÓGICO   |  |
| C.C. C.D. C.E. C.F. C.G. C.H. C.I. C.J. C.K. C.L. C.M. C.N. C.O. C.P. C.Q. C.R. C.S. C.T. C.U. C.V. C.W. C.X. C.Y. C.Z. |  | 51 725 993                        |  | X                    |  |
| 13. NACIONALIDAD                                                                                                        |  | 14. LUGAR DE NACIMIENTO           |  | 15. FECHA NACIMIENTO |  |
| Colombia                                                                                                                |  | Cartagena                         |  | 30 07 81             |  |

|                                   |  |                        |  |                                                                                                                                                                            |  |
|-----------------------------------|--|------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 16. ETNIA                         |  | 17. COMUNIDAD INDÍGENA |  | 18. DISCAPACIDAD                                                                                                                                                           |  |
| 06                                |  |                        |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                    |  |
| 23. AFP                           |  | 24. IBC                |  | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA                                                                                                                                          |  |
|                                   |  |                        |  |                                                                                                                                                                            |  |
| 26. RESIDENCIA                    |  | 27. DIRECCIÓN          |  | 28. DEPARTAMENTO                                                                                                                                                           |  |
| Calle 12 Ula Para Hugo Troy Clara |  |                        |  | Cundinamarca                                                                                                                                                               |  |
| TELÉFONO FIJO                     |  | TELÉFONO CELULAR       |  | CORREO ELECTRÓNICO                                                                                                                                                         |  |
| No tiene                          |  | 320 462 4094           |  | kibeporia@gmail.com                                                                                                                                                        |  |
| MUNICIPIO/ DISTRITO               |  | LOCALIDAD/ COMUNA      |  | ZONA                                                                                                                                                                       |  |
| Tigacayagua                       |  | Dejé Sur               |  | CABECERA MUNICIPAL <input checked="" type="checkbox"/> CENTRO PUEBLO <input type="checkbox"/> RURAL DISPERSO <input type="checkbox"/> RESTO RURAL <input type="checkbox"/> |  |

|                                                                                                                                                               |  |                                   |  |                                                                                                                                            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante) |  |                                   |  |                                                                                                                                            |  |
| 27. APELLIDOS Y NOMBRES                                                                                                                                       |  |                                   |  |                                                                                                                                            |  |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                               |  | SEGUNDO APELLIDO                  |  | PRIMER NOMBRE                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                               |  |                                   |  |                                                                                                                                            |  |
| 28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD                                                                                                                               |  | 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | 30. SEXO BIOLÓGICO                                                                                                                         |  |
|                                                                                                                                                               |  |                                   |  | F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> |  |
| 32. NACIONALIDAD                                                                                                                                              |  | 33. LUGAR DE NACIMIENTO           |  | 34. FECHA NACIMIENTO                                                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                               |  |                                   |  | DÍA MES AÑO                                                                                                                                |  |

|                                                                                     |  |                                    |  |                                                                                                                                            |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales |  |                                    |  |                                                                                                                                            |  |
| 35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS                              |  | 36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | 37. NÚMERO DE IDENTIDAD                                                                                                                    |  |
|                                                                                     |  |                                    |  |                                                                                                                                            |  |
| 38. NACIONALIDAD                                                                    |  | 39. SEXO BIOLÓGICO                 |  | 40. SEXO IDENTIFICACIÓN                                                                                                                    |  |
|                                                                                     |  |                                    |  | F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> |  |
| 41. LUGAR DE NACIMIENTO                                                             |  | 42. FECHA DE NACIMIENTO            |  |                                                                                                                                            |  |
| PAÍS DEPART. MUNICIPIO                                                              |  | DÍA MES AÑO                        |  |                                                                                                                                            |  |

|                                                         |  |                                                         |  |                                                             |  |
|---------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|
| Datos complementarios del Beneficiario                  |  |                                                         |  |                                                             |  |
| 43. PARENTESCO                                          |  | 44. ETNIA                                               |  | 45. COMUNIDAD                                               |  |
|                                                         |  |                                                         |  |                                                             |  |
| 46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL                         |  | 47. TIENE ENCUESTA SISBEN?                              |  | 48. CLASIFICACIÓN SISBEN                                    |  |
|                                                         |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  | NIVEL GRUPO                                                 |  |
|                                                         |  |                                                         |  | I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/>    |  |
| 49. DISCAPACIDAD                                        |  | 50. INCAPACIDAD PERMANENTE                              |  | 51. Datos de residencia                                     |  |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  | DEPARTAMENTO MUNICIPIO/ DISTRITO                            |  |
|                                                         |  |                                                         |  | CABECERA MUNICIPAL CENTRO PUEBLO RURAL DISPERSO RESTO RURAL |  |

|                                               |  |                                            |  |           |  |
|-----------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------|--|
| TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR                     |  | 52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL |  | DIRECCIÓN |  |
|                                               |  |                                            |  |           |  |
| LOCALIDAD/ COMUNA                             |  | CORREO ELECTRÓNICO                         |  | 53. IPS   |  |
|                                               |  |                                            |  |           |  |
| 54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS) |  |                                            |  |           |  |
|                                               |  |                                            |  |           |  |

|                                                                                                                                                                                                |  |                                      |  |                                            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|
| V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO |  |                                      |  |                                            |  |
| 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                                                                                                                                                                                  |  | TELÉFONO FIJO O CELULAR              |  | CORREO ELECTRÓNICO                         |  |
| DIRECCIÓN                                                                                                                                                                                      |  |                                      |  |                                            |  |

|                                                                                           |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| B. REPORTE DE NOVEDADES                                                                   |  |  |  |  |  |
| 60. 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/O 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. 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. COLECTIVAS      |  |  |  |  |  |
| 12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS            |  |  |  |  |  |
| 13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS         |  |  |  |  |  |
| 14. MOVILIDAD                                                                             |  |  |  |  |  |
| A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO                                       |  |  |  |  |  |
| 15. TRASLADO                                                                              |  |  |  |  |  |
| A) MISMO RÉGIMEN B) DIFERENTE RÉGIMEN                                                     |  |  |  |  |  |
| 16. REPORTE DE FALLECIMIENTO                                                              |  |  |  |  |  |
| 17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE                                          |  |  |  |  |  |
| 18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO                                                |  |  |  |  |  |
| 19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO                                                   |  |  |  |  |  |
| 20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA                                                      |  |  |  |  |  |
| 21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA                                                      |  |  |  |  |  |

|                                         |  |                         |  |                        |  |
|-----------------------------------------|--|-------------------------|--|------------------------|--|
| VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD |  |                         |  |                        |  |
| 61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN     |  |                         |  |                        |  |
| PRIMER APELLIDO                         |  | SEGUNDO APELLIDO        |  | PRIMER NOMBRE          |  |
| Ojalora                                 |  | Pineiros                |  | Ana                    |  |
| 62. SEXO BIOLÓGICO                      |  | 63. SEXO IDENTIFICACIÓN |  | 64. FECHA NACIMIENTO   |  |
| X                                       |  | X                       |  | 30 07 81               |  |
| 65. EPS ANTERIOR                        |  | 66. FECHA DE NOVEDAD    |  | 67. MOTIVO DE TRASLADO |  |
| Capital                                 |  | 16 06 25                |  | Código 06              |  |

|                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |
| 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(a) reportado(s) dependen económicamente de mí.                                  |  |  |  |  |  |
| 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. Anexo soporte de la Entidad.                                           |  |  |  |  |  |
| 72. Declaración de no intermediación 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.             |  |  |  |  |  |
| 75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. a) Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.    |  |  |  |  |  |
| b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).     |  |  |  |  |  |
| 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 Sisben vigente.                                                                                                  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                            |  |                               |  |                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|--|----------------|--|
| VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA                                                                                                                               |  |                               |  |                |  |
| 79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria |  |                               |  |                |  |
| APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS                                                                                                                              |  |                               |  |                |  |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                            |  | SEGUNDO APELLIDO              |  | PRIMER NOMBRE  |  |
|                                                                                                                                                            |  |                               |  |                |  |
| TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD                                                                                                                                |  | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | SEGUNDO NOMBRE |  |
|                                                                                                                                                            |  |                               |  |                |  |

FECHA DE RADICACIÓN

16-06-25

## I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

|                                                                    |                         |                       |                                      |                      |                  |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|--------------------------------------|----------------------|------------------|
| 1. TIPO DE TRÁMITE                                                 |                         | 2. TIPO DE AFILIACIÓN |                                      | 3. RÉGIMEN           |                  |
| A. AFILIACIÓN                                                      | B. REPORTE DE NOVEDADES | A. Individual:        | b) Beneficiario o afiliado adicional | B. Colectiva         | C. Institucional |
| 4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA                                          | 5. TIPO DE AFILIADO     | A. Cotizante          | C. Beneficiario                      | D. De oficio         |                  |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | A. Cotizante            | B. Cabeza de Familia  | D. Afiliado adicional                | 6. TIPO DE COTIZANTE | 7. CÓDIGO        |
|                                                                    |                         |                       |                                      | A. Dependiente       |                  |
|                                                                    |                         |                       |                                      | B. Independiente     |                  |

## II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

|                                         |  |                                   |  |                      |  |                         |  |                      |  |
|-----------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------|--|-------------------------|--|----------------------|--|
| 8. APELLIDOS Y NOMBRES                  |  | PRIMER APELLIDO                   |  | SEGUNDO APELLIDO     |  | PRIMER NOMBRE           |  | SEGUNDO NOMBRE       |  |
|                                         |  | Dante                             |  |                      |  | Juan                    |  |                      |  |
| 9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD          |  | 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | 11. SEXO BIOLÓGICO   |  | 12. SEXO IDENTIFICACIÓN |  | 13. REGÍMEN          |  |
| C.N. M.S. W.C. T.I. C.E. S.C. C.D. A.S. |  | 11408 019                         |  | F                    |  | F                       |  | A. Contributivo      |  |
|                                         |  |                                   |  |                      |  |                         |  | B. Subsidado         |  |
| 13. NACIONALIDAD                        |  | 14. LUGAR DE NACIMIENTO           |  | 15. FECHA NACIMIENTO |  | 16. FECHA NACIMIENTO    |  | 17. FECHA NACIMIENTO |  |
| Colombia                                |  | Bogotá                            |  | 01-01-63             |  |                         |  |                      |  |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

|           |  |                        |  |                                   |  |                            |  |                          |  |                              |  |                        |  |
|-----------|--|------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------|--|--------------------------|--|------------------------------|--|------------------------|--|
| 16. ETNIA |  | 17. COMUNIDAD INDÍGENA |  | 18. DISCAPACIDAD                  |  | 19. TIENE ENCUESTA SISBEN? |  | 20. CLASIFICACIÓN SISBEN |  | 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL |  | 22. ARL                |  |
| 23. AFP   |  | 24. IBC                |  | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA |  | 26. RESIDENCIA             |  | 27. DIRECCIÓN            |  | 28. DEPARTAMENTO             |  | 29. MUNICIPIO/DISTRITO |  |
| 23. AFP   |  | 24. IBC                |  | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA |  | 26. RESIDENCIA             |  | 27. DIRECCIÓN            |  | 28. DEPARTAMENTO             |  | 29. MUNICIPIO/DISTRITO |  |
| 23. AFP   |  | 24. IBC                |  | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA |  | 26. RESIDENCIA             |  | 27. DIRECCIÓN            |  | 28. DEPARTAMENTO             |  | 29. MUNICIPIO/DISTRITO |  |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

|                                 |  |                                   |  |                    |  |                         |  |                      |  |
|---------------------------------|--|-----------------------------------|--|--------------------|--|-------------------------|--|----------------------|--|
| 27. APELLIDOS Y NOMBRES         |  | PRIMER APELLIDO                   |  | SEGUNDO APELLIDO   |  | PRIMER NOMBRE           |  | SEGUNDO NOMBRE       |  |
|                                 |  |                                   |  |                    |  |                         |  |                      |  |
| 28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | 30. SEXO BIOLÓGICO |  | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN |  | 32. FECHA NACIMIENTO |  |
| T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.   |  |                                   |  | F M                |  | F M T NB Otro           |  | DIA MES AÑO          |  |
|                                 |  |                                   |  |                    |  |                         |  |                      |  |
| 32. NACIONALIDAD                |  | 33. LUGAR DE NACIMIENTO           |  | 34. PAÍS           |  | 35. DEPARTAMENTO        |  | 36. MUNICIPIO        |  |
|                                 |  |                                   |  |                    |  |                         |  |                      |  |

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

|                                                        |  |                                    |  |                         |  |                  |  |          |  |                         |  |                         |  |                         |  |
|--------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------|--|------------------|--|----------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|
| 35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS |  | 36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | 37. NÚMERO DE IDENTIDAD |  | 38. NACIONALIDAD |  | 39. SEXO |  | 40. SEXO IDENTIFICACIÓN |  | 41. LUGAR DE NACIMIENTO |  | 42. FECHA DE NACIMIENTO |  |
|                                                        |  |                                    |  |                         |  |                  |  |          |  |                         |  |                         |  |                         |  |
| B1                                                     |  |                                    |  |                         |  |                  |  |          |  |                         |  |                         |  |                         |  |
| B2                                                     |  |                                    |  |                         |  |                  |  |          |  |                         |  |                         |  |                         |  |
| B3                                                     |  |                                    |  |                         |  |                  |  |          |  |                         |  |                         |  |                         |  |
| B4                                                     |  |                                    |  |                         |  |                  |  |          |  |                         |  |                         |  |                         |  |
| B5                                                     |  |                                    |  |                         |  |                  |  |          |  |                         |  |                         |  |                         |  |

|                |  |           |  |               |  |                                 |  |                            |  |                          |  |                  |  |                            |  |                         |  |          |  |
|----------------|--|-----------|--|---------------|--|---------------------------------|--|----------------------------|--|--------------------------|--|------------------|--|----------------------------|--|-------------------------|--|----------|--|
| 43. PARENTESCO |  | 44. ETNIA |  | 45. COMUNIDAD |  | 46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL |  | 47. TIENE ENCUESTA SISBEN? |  | 48. CLASIFICACIÓN SISBEN |  | 49. DISCAPACIDAD |  | 50. INCAPACIDAD PERMANENTE |  | 51. Datos de residencia |  | 52. ZONA |  |
|                |  |           |  |               |  |                                 |  |                            |  |                          |  |                  |  |                            |  |                         |  |          |  |
| B1             |  |           |  |               |  |                                 |  |                            |  |                          |  |                  |  |                            |  |                         |  |          |  |
| B2             |  |           |  |               |  |                                 |  |                            |  |                          |  |                  |  |                            |  |                         |  |          |  |
| B3             |  |           |  |               |  |                                 |  |                            |  |                          |  |                  |  |                            |  |                         |  |          |  |
| B4             |  |           |  |               |  |                                 |  |                            |  |                          |  |                  |  |                            |  |                         |  |          |  |
| B5             |  |           |  |               |  |                                 |  |                            |  |                          |  |                  |  |                            |  |                         |  |          |  |

|                           |  |                                            |  |           |  |                  |  |                    |  |         |  |                                               |  |
|---------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------|--|------------------|--|--------------------|--|---------|--|-----------------------------------------------|--|
| TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR |  | 52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL |  | DIRECCIÓN |  | LOCALIDAD/COMUNA |  | CORREO ELECTRÓNICO |  | 53. IPS |  | 54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS) |  |
|                           |  |                                            |  |           |  |                  |  |                    |  |         |  |                                               |  |
| B1                        |  |                                            |  |           |  |                  |  |                    |  |         |  |                                               |  |
| B2                        |  |                                            |  |           |  |                  |  |                    |  |         |  |                                               |  |
| B3                        |  |                                            |  |           |  |                  |  |                    |  |         |  |                                               |  |
| B4                        |  |                                            |  |           |  |                  |  |                    |  |         |  |                                               |  |
| B5                        |  |                                            |  |           |  |                  |  |                    |  |         |  |                                               |  |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

|                           |  |                                      |  |                                            |  |                                                                       |  |
|---------------------------|--|--------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|
| 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                            |  | TELÉFONO FIJO O CELULAR                    |  | CORREO ELECTRÓNICO                                                    |  |
|                           |  |                                      |  |                                            |  |                                                                       |  |
| 60. DEPARTAMENTO          |  | MUNICIPIO/DISTRITO                   |  | 61. DEPARTAMENTO                           |  | MUNICIPIO/DISTRITO                                                    |  |
|                           |  |                                      |  |                                            |  |                                                                       |  |

## 6. REPORTE DE NOVEDADES

|                                                          |  |                                                                                           |  |                                                  |  |
|----------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|--|
| 60. TIPO DE NOVEDAD                                      |  | 61. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR                  |  | 62. TRASPASO                                     |  |
| 1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN       |  | 10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO |  | 15. TRASPASO                                     |  |
| 2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN         |  | 11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS. 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.                 |  | 16. REPORTE DE FALLECIMIENTO                     |  |
| 3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD              |  | 12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS            |  | 17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESAÑTE |  |
| 4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS |  | 13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES                    |  | 18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO       |  |
| 5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS. Código:      |  | 14. MOVILIDAD                                                                             |  | 19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO          |  |
| 6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO. Código:       |  | A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO                                                                |  | 20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA             |  |
| 7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES |  | B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO                                                                  |  | 21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA             |  |
| 8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES |  |                                                                                           |  |                                                  |  |

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

|                                     |  |                                   |  |                      |  |                         |  |                      |  |
|-------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------|--|-------------------------|--|----------------------|--|
| 61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN |  | PRIMER APELLIDO                   |  | SEGUNDO APELLIDO     |  | PRIMER NOMBRE           |  | SEGUNDO NOMBRE       |  |
|                                     |  | Dante                             |  |                      |  | Juan                    |  |                      |  |
| 62. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD     |  | 63. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | 64. SEXO BIOLÓGICO   |  | 65. SEXO IDENTIFICACIÓN |  | 66. FECHA NACIMIENTO |  |
| T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.       |  | 11408 019                         |  | F                    |  | F                       |  | DIA MES AÑO          |  |
|                                     |  |                                   |  |                      |  |                         |  |                      |  |
| 64. FECHA NACIMIENTO                |  | 65. EPS ANTERIOR                  |  | 66. FECHA DE NOVEDAD |  | 67. MOTIVO DE TRASLADO  |  | Código               |  |
| 01-01-23                            |  | Cepitalandia                      |  | 16-06-25             |  | 06                      |  |                      |  |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

|                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.                                      |  | 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. Anexo soporte de la Entidad.                                               |  | 72. Declaración de no intermediación 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 las entidades públicas que por sus funciones la requieran.                                                   |  |
| 75. Autorización para que la EPS realice el manejo de 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. a) Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir montajes informativos. |  |
| 76. b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).     |  | 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 Sisben vigente.                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

|                                                                                                                                                            |  |                                   |  |                    |  |                         |  |                      |  |                      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|--------------------|--|-------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|
| 79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria |  | APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS     |  | PRIMER APELLIDO    |  | SEGUNDO APELLIDO        |  | PRIMER NOMBRE        |  | SEGUNDO NOMBRE       |  |
|                                                                                                                                                            |  |                                   |  |                    |  |                         |  |                      |  |                      |  |
| 80. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD                                                                                                                            |  | 81. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | 82. SEXO BIOLÓGICO |  | 83. SEXO IDENTIFICACIÓN |  | 84. FECHA NACIMIENTO |  | 85. CÓDIGO DE LA IPS |  |
| T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.                                                                                                                              |  |                                   |  |                    |  |                         |  |                      |  |                      |  |
|                                                                                                                                                            |  |                                   |  |                    |  |                         |  |                      |  |                      |  |

## IX. FIRMAS



trabajo social <trabajosocialhfc@gmail.com>

---

## URGENTE TRASLADO ACCIÓN DE TUTELA 2025-489

---

trabajo social <trabajosocialhfc@gmail.com>

24 de junio de 2025, 12:43

Para: Juzgado 01 Penal Municipal - Cundinamarca - Fusagasugá <j01pmpalfusa@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Señores:

### JUZGADO PRIMERO PENAL MUNICIPAL DE FUSAGASUGÁ

Buenas tardes:

Comedidamente me permito informar que a la fecha no hemos recibido ninguna notificación por parte de la E.P.S Famisanar, para dar respuesta a la tutela radicada el pasado 10 de junio, por tal motivo les solicitamos a ustedes interceder por nosotros; logrando así solucionar el problema de salud que le está generando a nuestras personas mayores la falta de los medicamentos. Quedamos atentos a su pronunciamiento.

Atentamente,

Paola Acosta Jiménez

c.c. 52270932 de Bogotá.

Comuniudad de Cuidado Hogar Francisco Y Clara.

[El texto citado está oculto]