

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

I. DATOS DEL TRÁMITE										
1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>			2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia Beneficiario o Afiliado adicional <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De Oficio <input type="checkbox"/>			3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>		4. Contribución solidaria Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>			6. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>			7. Código (a registrar por la EPS) 03				
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)										
8. Apellidos y nombres Primer Apellido: ORTIZ Segundo Apellido: CADAVID Primer Nombre: SANTIAGO Segundo Nombre:										
9. Tipo de documento de identidad		10. Número del documento de identidad C.C.10344932-492.555		11. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		12. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		13. Nacionalidad COLOMBIANO		
14. Lugar de nacimiento País: COLOMBIA Departamento: CUNDINAMARCA Municipio: BOGOTÁ		15. Fecha de nacimiento 09/08/1997								
III. DATOS COMPLEMENTARIOS										
Datos Personales										
16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad:		19. Tiene encuesta SISBÉN Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		20. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo		
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC \$ 1.423.500		25. Tarifa Contribución Solidaria				
26. Residencia Dirección: CR 51 + 1045-97		Teléfono Fijo:								
Teléfono Celular: 3059425834		Correo Electrónico: Tiago.ortiz97@gmail.com - tiago9897@hotmail.com								
Departamento: CUNDINAMARCA		Municipio / Distrito: BOGOTÁ		Localidad / Comuna		Zona: Cabecera Municipal <input checked="" type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>				
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR										
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante										
27. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:										
28. Tipo de documento de identidad		29. Número del documento de identidad		30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		31. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		32. Nacionalidad		
33. Lugar de nacimiento País: Departamento: Municipio:		34. Fecha de nacimiento D D M M A A A A								
V. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES										
35. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:										
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	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 País: Departamento: Municipio:	42. Fecha de nacimiento D D M M A A A A				
B1			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	País: Departamento: Municipio:	D D M M A A A A				
B2			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	País: Departamento: Municipio:	D D M M A A A A				
B3			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	País: Departamento: Municipio:	D D M M A A A A				
B4			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	País: Departamento: Municipio:	D D M M A A A A				
B5			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	País: Departamento: Municipio:	D D M M A A A A				
VI. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL BENEFICIARIO										
43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	48. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	49. Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad:	50. Incapacidad permanente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
B1				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nivel Grupo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
B2				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nivel Grupo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
B3				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nivel Grupo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
B4				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nivel Grupo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
B5				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nivel Grupo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
VII. DATOS DE RESIDENCIA										
Departamento		Municipio/ Distrito		Zona Cabecera Municipal <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>		Teléfono fijo y/o celular		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										
Dirección		Localidad/Comuna		Correo Electrónico						
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										



188164105

Una vez completado el formulario, se debe presentar en el punto de atención al afiliado antes de la emisión del documento de afiliación.

1. Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación		3. Tipo de Cotización		4. Tipo de Afiliación		5. Tipo de Afiliación		6. Tipo de Afiliación		7. Tipo de Afiliación		8. Tipo de Afiliación		9. Tipo de Afiliación		10. Tipo de Afiliación		11. Tipo de Afiliación		12. Tipo de Afiliación		13. Tipo de Afiliación		14. Tipo de Afiliación		15. Tipo de Afiliación		16. Tipo de Afiliación		17. Tipo de Afiliación		18. Tipo de Afiliación		19. Tipo de Afiliación		20. Tipo de Afiliación		21. Tipo de Afiliación		22. Tipo de Afiliación		23. Tipo de Afiliación		24. Tipo de Afiliación		25. Tipo de Afiliación		26. Tipo de Afiliación		27. Tipo de Afiliación		28. Tipo de Afiliación		29. Tipo de Afiliación		30. Tipo de Afiliación		31. Tipo de Afiliación		32. Tipo de Afiliación		33. Tipo de Afiliación		34. Tipo de Afiliación		35. Tipo de Afiliación		36. Tipo de Afiliación		37. Tipo de Afiliación		38. Tipo de Afiliación		39. Tipo de Afiliación		40. Tipo de Afiliación		41. Tipo de Afiliación		42. Tipo de Afiliación		43. Tipo de Afiliación		44. Tipo de Afiliación		45. Tipo de Afiliación		46. Tipo de Afiliación		47. Tipo de Afiliación		48. Tipo de Afiliación		49. Tipo de Afiliación		50. Tipo de Afiliación		51. Tipo de Afiliación		52. Tipo de Afiliación		53. Tipo de Afiliación		54. Tipo de Afiliación		55. Tipo de Afiliación		56. Tipo de Afiliación		57. Tipo de Afiliación		58. Tipo de Afiliación		59. Tipo de Afiliación		60. Tipo de Afiliación		61. Tipo de Afiliación		62. Tipo de Afiliación		63. Tipo de Afiliación		64. Tipo de Afiliación		65. Tipo de Afiliación		66. Tipo de Afiliación		67. Tipo de Afiliación		68. Tipo de Afiliación		69. Tipo de Afiliación		70. Tipo de Afiliación		71. Tipo de Afiliación		72. Tipo de Afiliación		73. Tipo de Afiliación		74. Tipo de Afiliación		75. Tipo de Afiliación		76. Tipo de Afiliación		77. Tipo de Afiliación		78. Tipo de Afiliación		79. Tipo de Afiliación		80. Tipo de Afiliación		81. Tipo de Afiliación		82. Tipo de Afiliación		83. Tipo de Afiliación		84. Tipo de Afiliación		85. Tipo de Afiliación		86. Tipo de Afiliación		87. Tipo de Afiliación		88. Tipo de Afiliación		89. Tipo de Afiliación		90. Tipo de Afiliación		91. Tipo de Afiliación		92. Tipo de Afiliación		93. Tipo de Afiliación		94. Tipo de Afiliación		95. Tipo de Afiliación		96. Tipo de Afiliación		97. Tipo de Afiliación		98. Tipo de Afiliación		99. Tipo de Afiliación		100. Tipo de Afiliación	
--------------------	--	-----------------------	--	-----------------------	--	-----------------------	--	-----------------------	--	-----------------------	--	-----------------------	--	-----------------------	--	-----------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--	-------------------------	--



53. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1	Santiago Ortiz Cadavid	278416
B2		203013
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO			
55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensione (a registrar por la EPS)
59. Ubicación Dirección			Teléfono fijo o Celular
Correo Electrónico		Departamento	Municipio / Distrito
60. Tipo de Novedad			
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.		<input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.		<input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.		<input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado	
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.		<input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen	
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código		<input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.	
<input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código		<input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante.	
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.		<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.	
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.		<input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.	
<input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.		<input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.	
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.		<input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.	
<input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.			

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD																			
61. Datos básicos de identificación		62. Sexo biológico		63. Sexo identificación		64. Fecha de nacimiento													
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál	D	D	M	M	A	A	A	A
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad		67. Motivo de traslado		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones													
				Código															

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES			
<input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.			
<input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.			
<input type="checkbox"/> 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.			
<input checked="" type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.			
<input checked="" type="checkbox"/> 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.			
<input checked="" type="checkbox"/> 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.			
<input checked="" type="checkbox"/> 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.			
<input checked="" type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.			
<input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.			
<input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.			

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA					
79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

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

X. ANEXOS	
<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT	
<input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	
<input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	
<input type="checkbox"/> 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	
<input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	
<input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	
<input type="checkbox"/> 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.	
<input type="checkbox"/> 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.	
<input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
<input type="checkbox"/> 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	
Total Anexos 1	

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL			
92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL																			
94. Apellidos y nombres		95. Firma del funcionario		96. fecha de radicación		97. Fecha de validación													
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre																
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		D		D		M		M		A		A		A		A	

OBSERVACIONES:		Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario	
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial		Sello de Radicación	
		18 SEP 2025	
		RECIBIDO POR:	

Formulario de inscripción en el Registro de la Propiedad. Sección 1: Datos generales del titular y del inmueble. Incluye campos para el tipo de documento, el número del documento, el nombre del titular, el tipo de inmueble, el número de folio, el número de partida, el número de finca, el número de parcela, el número de lote, el número de manzana, el número de urbanización, el número de barrio, el número de municipio, el número de provincia, el número de país.

Sección 2: Datos de inscripción. Incluye campos para el tipo de inscripción, el número de inscripción, el nombre del titular, el tipo de inmueble, el número de folio, el número de partida, el número de finca, el número de parcela, el número de lote, el número de manzana, el número de urbanización, el número de barrio, el número de municipio, el número de provincia, el número de país.

Sección 3: Datos de inscripción. Incluye campos para el tipo de inscripción, el número de inscripción, el nombre del titular, el tipo de inmueble, el número de folio, el número de partida, el número de finca, el número de parcela, el número de lote, el número de manzana, el número de urbanización, el número de barrio, el número de municipio, el número de provincia, el número de país.

Sección 4: Datos de inscripción. Incluye campos para el tipo de inscripción, el número de inscripción, el nombre del titular, el tipo de inmueble, el número de folio, el número de partida, el número de finca, el número de parcela, el número de lote, el número de manzana, el número de urbanización, el número de barrio, el número de municipio, el número de provincia, el número de país.

Sección 5: Datos de inscripción. Incluye campos para el tipo de inscripción, el número de inscripción, el nombre del titular, el tipo de inmueble, el número de folio, el número de partida, el número de finca, el número de parcela, el número de lote, el número de manzana, el número de urbanización, el número de barrio, el número de municipio, el número de provincia, el número de país.

Sección 6: Datos de inscripción. Incluye campos para el tipo de inscripción, el número de inscripción, el nombre del titular, el tipo de inmueble, el número de folio, el número de partida, el número de finca, el número de parcela, el número de lote, el número de manzana, el número de urbanización, el número de barrio, el número de municipio, el número de provincia, el número de país.

Sección 7: Datos de inscripción. Incluye campos para el tipo de inscripción, el número de inscripción, el nombre del titular, el tipo de inmueble, el número de folio, el número de partida, el número de finca, el número de parcela, el número de lote, el número de manzana, el número de urbanización, el número de barrio, el número de municipio, el número de provincia, el número de país.

Sección 8: Datos de inscripción. Incluye campos para el tipo de inscripción, el número de inscripción, el nombre del titular, el tipo de inmueble, el número de folio, el número de partida, el número de finca, el número de parcela, el número de lote, el número de manzana, el número de urbanización, el número de barrio, el número de municipio, el número de provincia, el número de país.