ACTA No 402

FECHA: Fusagasugá, 28 de septiembre de 2023

HORA: 4:00 p.m. – 5:00 p.m.

LUGAR: Oficina de trabajo social comunidad de cuidado Hogar Francisco y Clara.

TEMA: Coordinaciones realizadas con otras instituciones.

ASISTENTES: Profesionales de trabajo social del Hogar Francisco y Clara.

ORDEN DEL DÍA:

1. Saludo de bienvenida.
2. Actividades realizadas con otras instituciones.
3. Agradecimiento y despedida.

DESARROLLO:

La actividad de coordinaciones con otras instituciones se desarrolló, utilizando el teléfono y el computador de la oficina del área de trabajo social, con el fin de 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.

El día de hoy 28 de septiembre se realiza la elaboración del acta siendo las 4:00 p.m, en la cual se relacionan las gestiones que se realizaron con otras instituciones durante todo el mes:

- El día 5 de septiembre las profesionales del área de trabajo social se reúnen con dos de las tres estudiantes del grado 11 del Colegio Normal Superior de Pasca, con el fin de verificar el cronograma de actividades del mes de septiembre que ellas van apoyar; programando de esta manera una actividad para el día 5 de septiembre con el título el lenguaje del amor, y finalmente para el día 25 de septiembre la actividad de renovación del águila, con el tema reconciliación; logrando de esta manera cumplir con el desarrollo de las mismas en las fechas estipuladas y con el apoyo de las estudiantes.
- Los días 5, 12 y 26 de septiembre se logra coordinar con la ingeniera encargada del punto vive digital del barrio el progreso, el desarrollo de las clases del curso de sistemas en el que participan las personas mayores, logrando que durante el mes se realizaran tres jornadas.
- El día 11 de septiembre se realizó contacto con la jefe de talento humano del Almacén el Gran Surtidor para programar la inclusión laboral de fines de semana del mes en curso, quienes

comentaron que como ya lo habían informado es posible continuar con dicha actividad para el puente del mes de octubre, quedando a la espera que definan si es posible.

- El día 13 de septiembre la profesional del área de trabajo social envía carta de solicitud de afiliación de personas mayores a la secretaria de salud municipal, quienes informan que se debe coordinar con la asesora de la Nueva E.P.S, la fecha en que se realice la jornada en la comunidad de cuidado.
- El día 21 de septiembre se realiza radicación de carta al Ingeniero civil Fabio Leonardo Berbeo gerente de AB3 Construcciones, con el fin de solicitar la posibilidad que las personas mayores puedan acceder a la oportunidad de ocupar posibles cargos que se encuentren disponibles en dicha empresa. Recibiendo respuesta verbal negativa por parte del propietario en el momento de radicar las carta.
- El día 18 de septiembre una de las profesionales del área de trabajo social se comunica telefónicamente con la profesora Jessica Bernal encargada de los niños de la Escuela Vereda los sauces, para confirmar la participación de los estudiantes en el encuentro intergeneracional programado para el mes de septiembre; quien manifiesta que va a revisar el cronograma de actividades escolares y confirma si es posible el desarrollo de la actividad. De esta manera la profesional del área se comunica nuevamente con la docente el día 22 de septiembre, para organizar la actividad, quien indica que definitivamente en el mes de septiembre no se puede realizar porque ellos no tiene disponibilidad para el mes de actividades extramurales.
- El día 14 de septiembre se logra comunicación telefónica con la asesora de la Nueva E.P.S para definir la fecha de la jornada de afiliación de las cuatro personas mayores que están pendientes y aprobadas por parte de la secretaria de salud, la cual se programa para el día 20; logrando de esta manera que en dicha fecha la asesora haga presencia en la comunidad de cuidado para llevar a cabo el diligenciamiento y firma de formularios de afiliación de las personas mayores que estaban programadas y aprobadas para el trámite.
- Los días 4, 7, 11, 14, 18, 21, 25 y 28 de septiembre la profesional del área se desplazó a las instalaciones de Efecty, Banco Colombia y Exito, 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: Carlos Baquero, Martha Beltrán, Emiliano Alejo, Encarnación Silva, Floriberto Piragauta, Amparo López, Roció Arboleda, Balbina Vásquez, Esther Casallas, Carmen Caviedes, Ramiro Calderón, Hernando González y Pedro Garzón; e igualmente en dicha entidad se realizaron recargas a los teléfonos celulares o pagos de facturas de servicio móvil de algunas personas mayores.
- Los días 4, 7, 11, 14, 18, 21, 25 y 28 de septiembre 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, arreglo de teléfonos y artículos de uso personal.

Finalmente siendo las 5:00 p.m. se da por terminada la consolidación del acta.

CONVOCATORIA: N/A.

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución

En constancia de lo anterior firman:

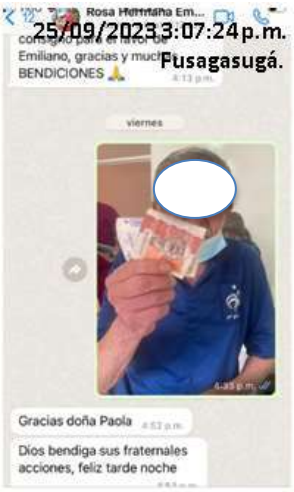
Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Hna. María Flor Elba Zuluaga Duque	Coordinadora	Coordinación	
Paola Acosta Jiménez	Trabajadora Social	Trabajo Social	
Jenny Farías Gómez	Trabajadora Social	Trabajo Social	
Blanca Núñez	Trabajadora Social	Trabajo Social	

Anexos: Evidencias fotográficas y soportes de trámites.









Elaboró: Paola Acosta Jiménez

Trabajo Social

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

* 01 B 16846206 *

* 0110755366 *

REGISTRO DE NOVEDADES

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [X] BE Beneficiario [ ]

5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ] E. Contribución Solidaria [ ]

CÓDIGO:

FECHA DE LA SOLICITUD: 20 09 2023

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: Ramos | SEGUNDO APELLIDO: Riaño | PRIMER NOMBRE: Blanca | SEGUNDO NOMBRE: Gladys

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] C.N [ ] M.S [ ] R.C [ ] T.I [X] C.C [ ] C.E [ ] S.C [ ] C.D [ ] P.E [ ] A.S [ ] P.T

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 51768.806

9. SEXO BIOLÓGICO: [X] F [ ] M

SEXO DE IDENTIFICACIÓN: [X] F [ ] M [ ] T [ ] NB

10. FECHA NACIMIENTO: 22 10 1961

PAÍS DE NACIMIENTO: Colombia

11. NACIONALIDAD: Colombia [X]

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA:

13. COMUNIDAD INDÍGENA:

14. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:

15. CLASIFICACIÓN DEL SISBEN: NIVEL: GRUPO:

16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: 16

17. ARL:

18. AFP:

19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR:

20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Km 2 via Vereda Sauces Hacienda Iguaraya

LOCALIDAD / COMUNA:

BARRIO:

CIUDAD / MUNICIPIO: Tocancipá

DEPARTAMENTO: Cundinamarca

ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [X] RESTO URBANO [ ]

TELÉFONO FIJO: 8722346

Ext.:

TELÉFONO MÓVIL: 3046240914

CORREO ELECTRÓNICO: gladysriano@hotmail.com

IPS: Esonrisas

IPS ODONTOLÓGICA:

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

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: Ramos | SEGUNDO APELLIDO: Riaño | PRIMER NOMBRE: Juan | SEGUNDO NOMBRE: David

22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] T.I [ ] C.C [ ] C.E [ ] S.C [ ] C.D [ ] P.E [ ] P.T

23. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

24. SEXO BIOLÓGICO: [ ] F [ ] M

SEXO DE IDENTIFICACIÓN: [ ] F [ ] M [ ] T [ ] NB

IPS:

IPS ODONTOLÓGICA:

25. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

PAÍS DE NACIMIENTO:

26. NACIONALIDAD:

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

	27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DE IDENTIDAD	30. NACIONALIDAD	COMUNIDAD INDÍGENA	31. SEXO F	31. SEXO M	32. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	32. FECHA DE NACIMIENTO MES	32. FECHA DE NACIMIENTO AÑO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI	35. DISCAPACIDAD NO	35. DISCAPACIDAD CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1	Juan David Ramos Riaño	T.I	1020482092	Colombia			X	10	10	2010	Hijo			X	
2	Sofia Ramos Riaño	T.I	1020482092	Colombia		X		10	10	2010	Hija			X	
3															
4															
5															

	36. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio	Departamento	Zona	Teléfono	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G	U.G.F	C.T.A	SISBEN NIVEL	SISBEN GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1	Tocancipá	Cundinamarca	U R								I. II.		
2			U R								I. II.		
3			U R								I. II.		
4			U R								I. II.		
5			U R								I. II.		

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

39. Nombre o Razón Social:

40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] N.I [ ] T.I [ ] C.C [ ] C.E [ ] S.C [ ] P.A [ ] C.D [ ] P.E [ ] P.T

41. Número documento de identidad:

DV:

42. Tipo de aportante o pagador de pensiones:

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN:

CIUDAD / MUNICIPIO:

DEPARTAMENTO:

CORREO ELECTRÓNICO:

TELÉFONO MÓVIL:

TELÉFONO FIJO (EXT):

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DÍA | MES | AÑO

CARGO:

OCUPACIÓN:

SALARIO:

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. 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. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
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. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
    A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
    B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
    A) MISMO RÉGIMEN [ ]
    B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
20. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE: | SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] C.N [ ] M.S [ ] R.C [ ] T.I [ ] C.C [ ] C.E [ ] S.C [ ] P.A [ ] C.D [ ] P.E [ ] A.S [ ] P.T

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

46. FECHA (a partir de): DÍA | MES | AÑO

47. EPS ANTERIOR Código: Capital S

48. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: C.G [X] U.G.F [ ] C.T.A [ ]

49. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia. Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

50. 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. [ ]
51. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
52. 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 [ ]
53. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
54. 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. [ ]
55. 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. [ ]
56. 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. [ ]
57. 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. [ ]
58. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
59. Aceptación de la actualización del grupo familiar en Contribución Solidaria. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

60. 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 DE IDENTIDAD: [ ] T.I [ ] C.C [ ] C.E [ ] S.C [ ] C.D [ ] P.E [ ] P.T

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

SEXO BIOLÓGICO: [ ] F [ ] M

FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

PAÍS DE NACIMIENTO:

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique

62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

NIT. 900.156.264-2

* 01 B 16846205 *

* 0110755365 *

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [X]

4. TIPO DE AFIIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [ ] CF Cabeza de familia [X] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ] E. Contribución Solidaria [ ]	20	04 05 2023

12 AFILIACION

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Serna	de Rubiano	Josefina	

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO BIOLÓGICO
CN MS RC TI [X] CC CE SC PA CD PE AS PT	21390465	[X] M

SEXO DE IDENTIFICACIÓN	10. FECHA NACIMIENTO	PAÍS DE NACIMIENTO	11. NACIONALIDAD
[X] F M T NB	07 08 1934	Colombia	Colombia

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA	13. COMUNIDAD INDÍGENA	14. DISCAPACIDAD	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	15. CLASIFICACIÓN DEL SISBEN	NIVEL	GRUPO	16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	17. ARL	18. AFP
		SI [ ] NO [ ]					16		

19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
	Km 2 vía Tasca. Vereda Sauces. - Hacienda Tranquilandia		Casa

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO FIJO
Facatativa	Cundinamarca	CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [X] RESTO RURAL [ ]	8122546

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3208824094	trabajosocial.hrc@gmail.com	2	33

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

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	23. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	24. SEXO BIOLÓGICO	SEXO DE IDENTIFICACIÓN
TI CC CE SC CD PE PT		F M	F M T NB

IPS	IPS ODONTOLÓGICA	25. FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	PAÍS DE NACIMIENTO	26. NACIONALIDAD

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

	27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DE IDENTIDAD	30. NACIONALIDAD	COMUNIDAD INDÍGENA	31. SEXO F	31. SEXO M	32. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1															
2															
3															
4															
5															

	36. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G	U.G.F	C.T.A	SISBÉN NIVEL	SISBÉN GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1			U R								I. II.		
2			U R								I. II.		
3			U R								I. II.		
4			U R								I. II.		
5			U R								I. II.		

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

39. Nombre o Razón Social	40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	41. Número documento de identidad	DV	42. Tipo de aportante o pagador de pensiones
	NI TI CC CE SC PA CD PE PT			

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO FIJO (EXT)	FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL DÍA	MES	AÑO	CARGO	OCUPACIÓN	SALARIO

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. 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. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
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. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
    A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
    B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
    A) MISMO RÉGIMEN [ ]
    B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
20. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	46. FECHA (a partir de) DÍA	MES	AÑO	47. EPS ANTERIOR Código	48. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G [X] U.G.F [ ] C.T.A [ ]	49. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT					Capital S		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ [ ]

desde el día _____ del mes _____ del año _____

50. 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 mi. [ ]
51. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
52. 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 [ ]
53. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
54. 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. [ ]
55. 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. [ ]
56. 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. [ ]
57. 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. [ ]
58. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
59. Aceptación de la actualización del grupo familiar en Contribución Solidaria. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

60. 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 DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO BIOLÓGICO F	M	FECHA NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	PAÍS DE NACIMIENTO
CC CE SC CD RE PT							

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique

62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

63. Anexo copia del documento de identidad: CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT Total: [ ]

"Código únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

NIT. 900.156.264-2

* 01 B 16846207 *

* 0110755367 *

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [X]

4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [X] BE Beneficiario [ ]

5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ] E. Contribución Solidaria [ ]

CÓDIGO [ ] FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA 20 MES 02 AÑO 2023

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: Estupiñan | SEGUNDO APELLIDO: Estupiñan | PRIMER NOMBRE: Claudina | SEGUNDO NOMBRE: del Carmen

7. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] SC [ ] CD [ ] PE [ ] AS [ ] PT [ ]

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 23541321

9. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]

SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ]

10. FECHA NACIMIENTO: DÍA 30 MES 01 AÑO 1965

PAÍS DE NACIMIENTO: Colombia

11. NACIONALIDAD: [X]

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA [ ]

13. COMUNIDAD INDÍGENA [ ]

14. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD [ ]

15. CLASIFICACIÓN DEL SISBEN: NIVEL [ ] GRUPO [ ]

16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: 16

17. ARL [ ]

18. AFP [ ]

19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR [ ]

20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Km 2 vía Vereda Sauces Hoya Tranquy

LOCALIDAD / COMUNA [ ]

BARRIO: Chas

CIUDAD / MUNICIPIO: Tuquerres

DEPARTAMENTO: Cundinamarca

ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [X] RESTO RURAL [ ]

TELÉFONO FIJO: 3122546 Ext. [ ]

TELÉFONO MÓVIL: 3206224094

CORREO ELECTRÓNICO: trabajosocial.htc@gmail.com

IPS: 12319

IPS ODONTOLÓGICA [ ]

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

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO [ ] | SEGUNDO APELLIDO [ ] | PRIMER NOMBRE [ ] | SEGUNDO NOMBRE [ ]

22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] CD [ ] PE [ ] PT [ ]

23. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]

24. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]

SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ]

IPS [ ] | IPS ODONTOLÓGICA [ ]

25. FECHA NACIMIENTO: DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]

PAÍS DE NACIMIENTO [ ]

26. NACIONALIDAD [ ]

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

	27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DE IDENTIDAD	30. NACIONALIDAD	COMUNIDAD INDÍGENA	31. SEXO F	31. SEXO M	32. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	33. PARENTESCO	34. EDAD	35. DISCAPACIDAD SI	35. DISCAPACIDAD NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1															
2															
3															
4															
5															

	36. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G	U.G.F	C.T.A	SISBÉN NIVEL	SISBÉN GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1			U R								I. II.		
2			U R								I. II.		
3			U R								I. II.		
4			U R								I. II.		
5			U R								I. II.		

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

39. Nombre o Razón Social [ ]

40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: N.I. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] P.T. [ ]

41. Número documento de identidad [ ] DV [ ]

42. Tipo de aportante o pagador de pensiones [ ]

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN [ ] | CIUDAD / MUNICIPIO [ ] | DEPARTAMENTO [ ] | CORREO ELECTRÓNICO [ ]

TELÉFONO MÓVIL [ ] | TELÉFONO FIJO (EXT) [ ] | FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] | CARGO [ ] | OCUPACIÓN [ ] | SALARIO [ ]

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. 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. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
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. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
20. REPORTE DE PAGO A TRAVES DE UN TERCERO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO [ ] | SEGUNDO APELLIDO [ ] | PRIMER NOMBRE [ ] | SEGUNDO NOMBRE [ ]

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] AS [ ] PT [ ]

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]

46. FECHA (a partir de) DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]

47. EPS ANTERIOR Código [ ] Capital S

48. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G [X] U.G.F [ ] C.T.A [ ]

49. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES [ ]

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____ [ ]

50. 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. [ ]
51. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
52. 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 [ ]
53. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
54. 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. [ ]
55. 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. [ ]
56. 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. [ ]
57. 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. [ ]
58. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
59. Aceptación de la actualización del grupo familiar en Contribución Solidaria [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

60. 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 DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] P.T. [ ] | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ] | SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ] | FECHA NACIMIENTO: DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] | PAÍS DE NACIMIENTO [ ]

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique: No firma

62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

63. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] AS [ ] PT [ ] Total [ ]

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado" APOSSOSOSC

REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

* 01 B 16846208 *

* 0110755368 *

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [X]

4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [X] BE Beneficiario [ ]

5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ] E. Contribución Solidaria [ ]

CÓDIGO: [ ] FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA 20 MES 09 AÑO 2023

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: MUNOZ SEGUNDO APELLIDO: - PRIMER NOMBRE: GREGORIO SEGUNDO NOMBRE: NARCISO

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [X] C.C. [ ] C.E. [X] S.C. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] A.S. [ ] P.T.

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 72.364.044

9. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]

SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ]

10. FECHA NACIMIENTO: DÍA 20 MES 06 AÑO 1935

PAÍS DE NACIMIENTO: COLOMBIA

11. NACIONALIDAD: COL

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA:

13. COMUNIDAD INDÍGENA:

14. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD: [ ]

15. CLASIFICACIÓN DEL SISBEN: NIVEL: [ ] GRUPO: [ ]

16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: 16

17. ARL:

18. AFP:

19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR:

20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KM 2 VIA PIZA VEREDA SAUCES HOGAR

LOCALIDAD / COMUNA: TRANSV 4 CRA 4

BARRIO:

CIUDAD / MUNICIPIO: FACATATIVA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [X] RESTO RURAL [ ]

TELÉFONO FIJO: 8890805 Ext.

TELÉFONO MÓVIL: 3204624094

CORREO ELECTRÓNICO: TRABAJOSOCIAL.HC@GMAIL.COM

IPS: 72319

IPS ODONTOLÓGICA:

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

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: - SEGUNDO APELLIDO: - PRIMER NOMBRE: - SEGUNDO NOMBRE: -

22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] P.T.

23. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

24. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]

SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ]

IPS:

IPS ODONTOLÓGICA:

25. FECHA NACIMIENTO: DÍA - MES - AÑO -

PAÍS DE NACIMIENTO:

26. NACIONALIDAD:

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

	27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DE IDENTIDAD	30. NACIONALIDAD	COMUNIDAD INDÍGENA	31. SEXO F	31. SEXO M	32. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1															
2															
3															
4															
5															

	36. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona U	Zona R	Teléfono	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G	U.G.F	C.T.A	SISBEN NIVEL	SISBEN GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1												I. II.		
2												I. II.		
3												I. II.		
4												I. II.		
5												I. II.		

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

39. Nombre o Razón Social:

40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] N.I. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] P.T.

41. Número documento de identidad:

DV:

42. Tipo de aportante o pagador de pensiones:

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN:

CIUDAD / MUNICIPIO:

DEPARTAMENTO:

CORREO ELECTRÓNICO:

TELÉFONO MÓVIL:

TELÉFONO FIJO (EXT):

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DÍA - MES - AÑO -

CARGO:

OCUPACIÓN:

SALARIO:

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. 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. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
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. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
    A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
    B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
    A) MISMO RÉGIMEN [ ]
    B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
20. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] A.S. [ ] P.T.

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

46. FECHA (a partir de) DÍA - MES - AÑO -

47. EPS ANTERIOR Código: Capital S

48. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: C.G [X] U.G.F [ ] C.T.A [ ]

49. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ [ ]

desde el día _____ del mes _____ del año _____

50. 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. [ ]
51. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
52. 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 [ ]
53. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
54. 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. [ ]
55. 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. [ ]
56. 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. [ ]
57. 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. [ ]
58. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
59. Aceptación de la actualización del grupo familiar en Contribución Solidaria. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

60. 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 DE IDENTIDAD: [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] P.T.

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]

FECHA NACIMIENTO: DÍA - MES - AÑO -

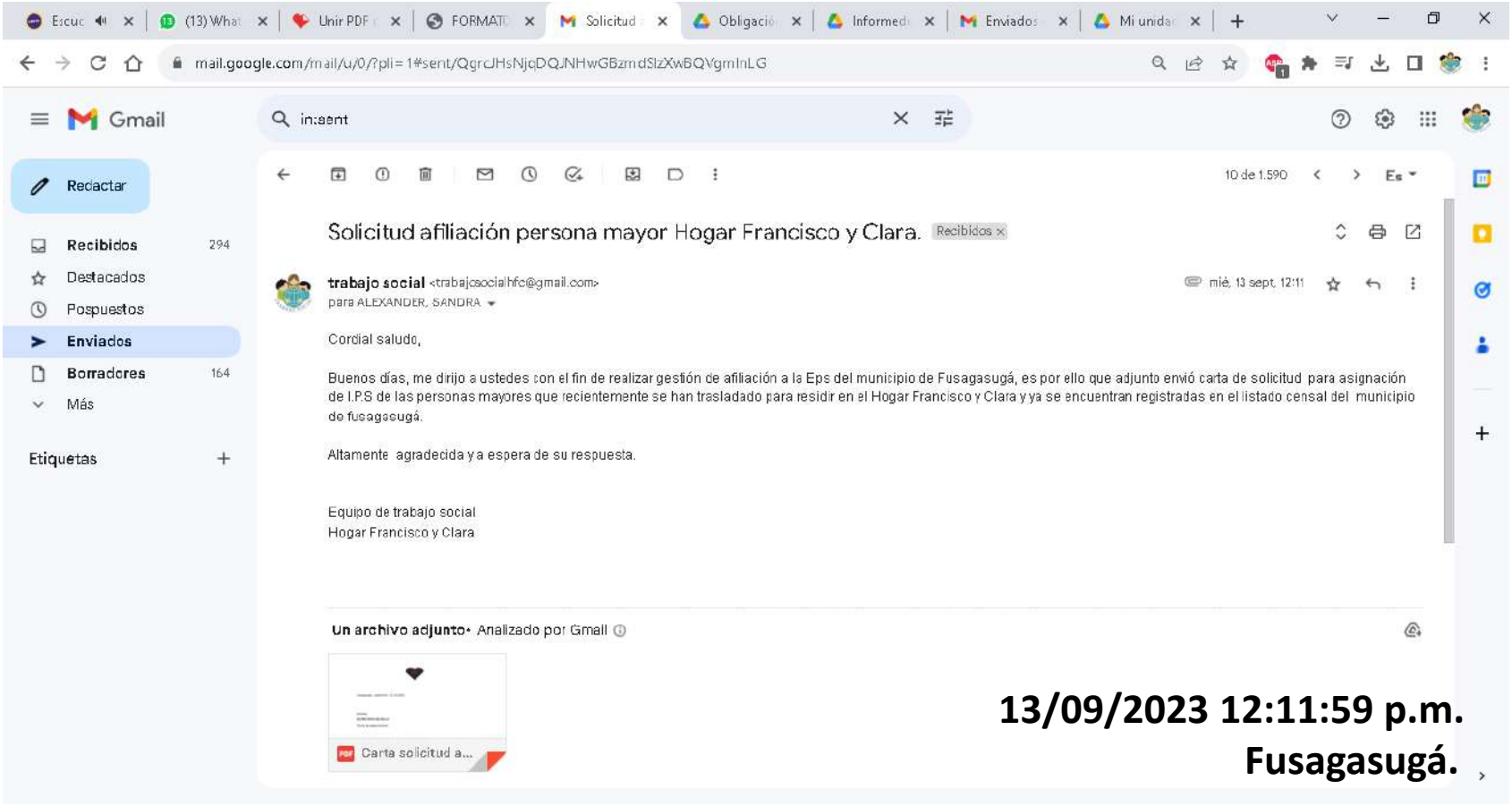
PAÍS DE NACIMIENTO:

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique

62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS



13/09/2023 12:11:59 p.m.
Fusagasugá.

Fusagasugá, septiembre 21 de 2023

Señores
AB3 Constructores

Cordial saludo,

La comunidad de cuidado Hogar Francisco y Clara es una institución ubicada en el municipio de Fusagasugá, quien tiene convenio con la secretaria distrital de integración social para personas mayores en estado de vulnerabilidad, la cual tiene como objetivo garantizar la promoción, protección y restablecimiento pleno de los derechos humanos de la población promoviendo el envejecimiento activo; con una cobertura de atención a 250 adultos mayores, de los cuales existen un grupo de personas que gracias a sus habilidades laborales pueden acceder a la inclusión laboral y continuar con su proyecto de vida.

Es por ello que acudimos a ustedes y presentamos la propuesta de solicitar a su empresa la posibilidad que nuestras personas mayores puedan acceder a la oportunidad de ocupar posibles cargos que se encuentren disponibles.

Quedaremos atentos a su favorable respuesta

Atentamente

Paola Acosta Jiménez

Trabajadora Social Comunidad de Cuidado Hogar Francisco y Clara.

Tel: 3123374555.

Recibí:
Fabio Casanova B.
21/9/23