ACTA No 339

FECHA: Fusagasugá, 28 de mayo de 2024

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 mayo 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 6 de mayo la profesional del área dialoga con la jefe encargada del grupo de estudiantes de auxiliares de enfermería de la Escuela José Vicente Caro, para invitarlos a participar el jueves 9 de mayo en la celebración del día de la madre, quienes participan en dicha fecha con actividades culturales, logrando de esta manera que aceptaran la invitación y compartieran de su dinamismo en la actividad, para homenajear de esta manera a todas las señoras de la comunidad de cuidado.

-El día 20 de mayo se realiza radicación de carta a la señora Paola Pineda, propietaria del Almacén Camerino, 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 dicho almacén, recibiendo respuesta verbal negativa por parte de la propietaria en el momento de radicar la carta.

-El día 20 de mayo una profesional del área se desplaza a la oficina de archivo del hospital San Rafael para solicitar indicaciones sobre el trámite de solicitud de epicrisis de las

personas mayores que han estado hospitalizadas, quienes dan las indicaciones para el diligenciamiento de los formularios y la documentación que se debe anexar, quedando pendiente realizar la gestión desde el correo institucional a la oficina del hospital.

-El día 21 de mayo la profesional 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 de afiliación en la comunidad de cuidado, para incluir a las personas que ingresaron en el mes de abril.

-El día 22 de mayo la profesional del área de trabajo social realiza contacto telefónico con la asesora encargada de las afiliaciones de la Nueva E.P.S, con el fin de programar las afiliaciones que están pendientes del mes de mayo, definiendo fecha para el día 29 de mayo, quedando pendiente a la fecha llevar a cabo la jornada de afiliación para las 9 personas mayores que se encuentran pendientes del trámite.

-Los días 2, 6, 9, 14, 16, 20, 23 y 27 de mayo la profesional del área se desplazó a las instalaciones de Efecty, Banco Colombia, Pagatodo 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: Gregorio Muñoz, Carlos Baquero, Julia Guerrero, Néstor Silvio Camargo, Martha Beltrán, Luis Hernández, Cecilia Valderrama, Carlos Suarez, Miguel Alarcón, Amparo López, Hilda Molina, Carmen Gómez, Hugo Velandia; 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 2, 6, 9, 14, 16, 20, 23 y 27 de mayo 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

Código Único Nacional para dependientes y beneficiarios del Régimen Subsidiado

NIT. 900.156.264-2

* 01 B 17100765 *

* 0111009925 *

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 [V] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [V] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [X]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [V] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ] E. Contribución Solidaria [ ]		DÍA 10 MES 10 AÑO 2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: Cristiano	SEGUNDO APELLIDO: -	PRIMER NOMBRE: Hermilo	SEGUNDO NOMBRE: -

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO BIOLÓGICO
CN MS RC TI [X] CC CE SC CD PE AS PT	2027.549	X M

SEXO DE IDENTIFICACIÓN	10. FECHA NACIMIENTO	PAÍS DE NACIMIENTO	11. NACIONALIDAD
F [X] M T NB	DÍA 25 MES 10 AÑO 1935	colombia	[X]

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA	13. COMUNIDAD INDÍGENA	14. DISCAPACIDAD	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	15. CLASIFICACIÓN DEL SISBÉN	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 Para Hogar Tarcray Ctra		

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO FIJO	Ext.
Tocancipa	Cundinamarca	CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]		

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3108824094	hcristiano@hotmail.com	12319	12319

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 T NB

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

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	32. FECHA DE NACIMIENTO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI	35. DISCAPACIDAD NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT				F M	DÍA MES AÑO					
2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT				F M	DÍA MES AÑO					
3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT				F M	DÍA MES AÑO					
4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT				F M	DÍA MES AÑO					
5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT				F M	DÍA MES AÑO					

	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	CARGO	OCUPACIÓN	SALARIO
		DÍA MES AÑO			

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

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. A exo 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	FECHA NACIMIENTO	PAÍS DE NACIMIENTO
TI CC CE CD PE PT			DÍA MES AÑO	

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: [ ]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

* 01 B 17100763 *

* 0111009923 *

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] 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: [illegible] FECHA DE LA SOLICITUD: 20 10 2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: Ramirez SEGUNDO APELLIDO: Obando PRIMER NOMBRE: Ivan SEGUNDO NOMBRE: Noe

7. TIPO DE IDENTIDAD: [X] TI

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 3335133

9. SEXO BIOLÓGICO: M [X]

SEXO DE IDENTIFICACIÓN: M [X]

10. FECHA NACIMIENTO: 06 11 1935

PAÍS DE NACIMIENTO: Colombia

11. NACIONALIDAD: [X]

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA:

13. COMUNIDAD INDÍGENA:

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

15. CLASIFICACIÓN DEL SISBÉN: NIVEL: GRUPO:

16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: 16

17. ARL:

18. AFP:

19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR:

20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:

LOCALIDAD / COMUNA:

BARRIO:

CIUDAD / MUNICIPIO:

DEPARTAMENTO:

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

TELÉFONO FIJO:

Ext.:

TELÉFONO MÓVIL:

CORREO ELECTRÓNICO:

IPS:

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 DE IDENTIDAD: [X] TI

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	32. FECHA DE NACIMIENTO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI	35. DISCAPACIDAD NO	35. DISCAPACIDAD 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	SISBEN NIVEL	SISBEN 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: NI TI CC CE SC PA CD PE PT

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: NI 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: Coomeva Salud

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 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: TI CC CE SC CD PE PT

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

SEXO BIOLÓGICO:

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

CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

* 01 B 17100770 *

* 0111009930 *

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] 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 29 MES 10 AÑO 2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: Rodriguez | SEGUNDO APELLIDO: Gomez | PRIMER NOMBRE: Hyriam | SEGUNDO NOMBRE: —

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

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 51640932

9. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M

SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F [X] M T NB

10. FECHA NACIMIENTO: DÍA 14 MES 06 AÑO 1957

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 SISBÉN: 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 Paiva Hogar Tranquilo y Feliz

LOCALIDAD / COMUNA

BARRIO

CIUDAD / MUNICIPIO

DEPARTAMENTO

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

TELÉFONO FIJO: 3504824044 Ext.

TELÉFONO MÓVIL: 3504824094

CORREO ELECTRÓNICO: hdbosocial.htc@gmail.com

IPS

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. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													

	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	SISBÉN NIVEL	SISBÉN 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: 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 Salud

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 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 explicito 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: TI 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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

* 01 B 17100762 *

* 0111009922 *

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] 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: 3300[illegible]1324 FECHA DE LA SOLICITUD: [illegible]

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: Wilfred SEGUNDO APELLIDO: Quintero PRIMER NOMBRE: Heiracud SEGUNDO NOMBRE: Isabel

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

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 31612221

9. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]

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

10. FECHA NACIMIENTO: 14 09 1959 PAÍS DE NACIMIENTO: Colombia

11. NACIONALIDAD: [✓]

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA:

13. COMUNIDAD INDÍGENA:

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

15. CLASIFICACIÓN DEL SISBÉN: NIVEL: GRUPO:

16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: 16

17. ARL:

18. AFP:

19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR: Upons[illegible]

20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: [illegible] para Hogar Diana xoy Clara

LOCALIDAD / COMUNA: Usaquén BARRIO:

CIUDAD / MUNICIPIO: [illegible] DEPARTAMENTO:

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

TELÉFONO FIJO: Ext.

TELÉFONO MÓVIL: 3104627094 CORREO ELECTRÓNICO: [illegible]

IPS: 12319 IPS ODONTOLÓGICA: 12319

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 DIA	MES	AÑO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													

	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			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: NI [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] PT [ ]

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: DIA 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: 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 Salud

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 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 explicito 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: TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] CD [ ] PE [ ] PT [ ] NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ] FECHA NACIMIENTO: DIA 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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

REGISTRO DE NOVEDADES AL CASO

gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

* 01 B 17100766 *

* 0111009926 *

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] 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: 29 08 2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: [illegible] SEGUNDO APELLIDO: [illegible] PRIMER NOMBRE: [illegible] SEGUNDO NOMBRE: [illegible]

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: 23843339

9. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]

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

10. FECHA NACIMIENTO: 16 07 1940 PAÍS DE NACIMIENTO: Colombia

11. NACIONALIDAD: [X]

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA: [ ]

13. COMUNIDAD INDÍGENA: SI [ ] NO [ ]

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

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

16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: 16

17. ARL: [illegible]

18. AFP: [illegible]

19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR: [illegible]

20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: [illegible]

LOCALIDAD / COMUNA: [illegible] BARRIO: [illegible]

CIUDAD / MUNICIPIO: [illegible] DEPARTAMENTO: [illegible] ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]

TELÉFONO FIJO: [illegible] Ext.

TELÉFONO MÓVIL: [illegible] CORREO ELECTRÓNICO: [illegible]

IPS: [illegible] IPS ODONTOLÓGICA: [illegible]

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		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													

	36. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona U R	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 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: [illegible]

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 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: 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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

* 01 B 17100768 *

* 0111009928 *

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] 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: Rda

FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA 10 MES 6 2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: Montoy | SEGUNDO APELLIDO: Ramos. | PRIMER NOMBRE: Maira | SEGUNDO NOMBRE: Aurora

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

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 41372341

9. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]

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

10. FECHA NACIMIENTO: DÍA 21 MES 06 AÑO 1951

PAÍS DE NACIMIENTO: Colombia

11. NACIONALIDAD: Colombiana

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA: [ ]

13. COMUNIDAD INDÍGENA: [ ]

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

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

16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: [ ]

17. ARL: [ ]

18. AFP: [ ]

19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR: [ ]

20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Km 2 vía Paez. Hogar transitorio

LOCALIDAD / COMUNA: [ ] BARRIO: [ ]

CIUDAD / MUNICIPIO: [ ] DEPARTAMENTO: [ ]

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

TELÉFONO FIJO: [ ] Ext.

TELÉFONO MÓVIL: [ ] CORREO ELECTRÓNICO: [ ]

IPS: [ ] 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	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															
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	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO U.G.F	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.T.A	SISBÉN NIVEL	SISBÉN GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1														
2														
3														
4														
5														

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: Nueva Salud

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 explicito 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 Unicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

NIT. 900.156.264-2

* 01 B 17100764 *

* 0111009924 *

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] 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: V

FECHA DE LA SOLICITUD: 15 04 2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: [illegible] SEGUNDO APELLIDO: Pedraza PRIMER NOMBRE: Benjamin SEGUNDO NOMBRE: David

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

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 2334161

9. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]

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

10. FECHA NACIMIENTO: 13 07 1937 (DÍA MES AÑO)

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 SISBÉN: NIVEL: GRUPO:

16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: 16

17. ARL:

18. AFP:

19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR:

20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: [illegible]

LOCALIDAD /COMUNA:

BARRIO:

CIUDAD / MUNICIPIO: [illegible]

DEPARTAMENTO: [illegible]

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

TELÉFONO FIJO:

Ext.:

TELÉFONO MÓVIL: 3209824094

CORREO ELECTRÓNICO: [illegible]@hotmail.com

IPS: 17319

IPS ODONTOLÓGICA: 17319

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. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI	35. DISCAPACIDAD NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT											
2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT											
3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT											
4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT											
5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT											

	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	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: NO

40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: NI [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] PT [ ]

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: 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: [illegible]

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 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 explicito 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: TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] CD [ ] PE [ ] PT [ ]

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

REGISTRO DE NOVEDADES AL CASO

gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

* 01 B 17100767 *

* 0111009927 *

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] 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: 15/05/2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: Cardona SEGUNDO APELLIDO: Calle PRIMER NOMBRE: Jhonatan SEGUNDO NOMBRE: Angel

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

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6084177

9. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]

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

10. FECHA NACIMIENTO: DÍA 29 MES 09 AÑO 1964

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 SISBÉN: NIVEL [ ] GRUPO [ ]

16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: 16

17. ARL:

18. AFP:

19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR:

20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra 6a #22-04 Barrio Centro

LOCALIDAD / COMUNA:

BARRIO:

CIUDAD / MUNICIPIO: Puerto Asís

DEPARTAMENTO: Putumayo

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

TELÉFONO FIJO:

Ext.:

TELÉFONO MÓVIL: 3102462670

CORREO ELECTRÓNICO: [illegible]@gmail.com

IPS: 17319

IPS ODONTOLÓGICA: 17319

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	32. FECHA DE NACIMIENTO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	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 INDEPENDENTE 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: NI [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] PT [ ]

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: 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 Salud

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 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. A .exó 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: TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

SEXO BIOLÓGICO:

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

* 01 B 17100769 *

* 0111009929 *

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

4. TIPO DE AFILIADO	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 [ ]		29 05 2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
		Ana	Maria

7. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO BIOLÓGICO
CN MS RC TI CC CE SC CD PE AS PT: CC [X]	41387312	F [X] M [ ]

SEXO DE IDENTIFICACIÓN	10. FECHA NACIMIENTO	PAÍS DE NACIMIENTO	11. NACIONALIDAD
F [X] M [ ] T [ ] NB [ ]	05 11 1960	Colombia	[X]

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA	13. COMUNIDAD INDÍGENA	14. DISCAPACIDAD	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	15. CLASIFICACIÓN DEL SISBÉN	NIVEL	GRUPO	16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	17. ARL	18. AFP
		SI [ ] NO [ ]					36		

19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
	Km 2 Vía Pasca Hogar Tranquilo Casa 4	Usaquén	

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO FIJO	Ext.
Tocancipá	Cundinamarca	CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]		

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3104624094	fabiopsicologo@hotmail.com	12319	12319

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	PAÍS DE NACIMIENTO	26. NACIONALIDAD
		DÍA MES AÑO		

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	32. FECHA DE NACIMIENTO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT					DÍA MES AÑO					
2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT										
3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT										
4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT										
5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT										

	36. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona U R	Teléfono	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G	U.G.F	C.T.A	SISBÉN NIVEL	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 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	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT	

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
	Capital Salud		

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. A exo 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	FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO	PAÍS DE NACIMIENTO
TI CC CE SC CD PE PT		F M		

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

Fusagasugá, mayo 20 de 2024

Señores

CAMERINO

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.

Mayo 20/24.

Fusagasugá, mayo 20 de 2024

Señores:

SECRETARIA DE SALUD

Oficina de aseguramiento.

Cordial saludo:

Solicitamos muy amablemente autorizar el traslado de municipio y asignación de I.P.S. de las siguientes personas mayores, quienes residen en nuestra institución Hogar Francisco y Clara y se encuentran incluidas en la base de datos del listado censal de población especial del municipio de Fusagasugá.

1.	Myriam Rodríguez Gómez	c.c. 51.640.932
2.	María Isabel Quintero Quintero	c.c. 51.612.221
3.	Iván Noe Ramírez Obando	c.c. 3.335.133
4.	Benjamín Otalora Pedraza	c.c. 2.884.161
5.	Herminda Cristancho	c.c. 20.279.549
6.	Ana de Dios Buitrago Martínez	c.c. 23.845.339
7.	José Ángel Cardona Calle	c.c. 6.084.177
8.	María Aurora Muñoz Ramos	c.c. 41.572.341
9.	Ana María Vásquez De Ramírez	c.c. 41.387.312

Agradecemos su atención y esperamos contar con su pronta gestión, ya que estas personas son población que guarda alta posibilidad de riesgo. (Anexamos documento de identidad).

Atentamente:

Paola Acosta Jiménez

c.c. 52.270.932 de Bogotá.

Trabajadora Social Hogar Francisco y Clara.

Gmail **trabajo social <trabajosocialhfc@gmail.com>**

Solicitud afiliaciones personas mayores Hogar Francisco y Clara

1 mensaje

trabajo social <trabajosocialhfc@gmail.com> 21 de mayo de 2024, 16:13
Para: altorres@fusagasugacundinamarca.gov.co

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 ya se encuentran registradas en el listado censal del municipio de fusagasugá. (Anexamos carta de solicitud y fotocopias documentos de identidad de las personas mayores).

Altamente agradecida y a espera de su respuesta positiva.

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

2 adjuntos

Cartasalud.pdf
423K

Documentosafiliaciones.pdf
1107K