



No. de Radicación: 15012025

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	A. Individual	B. Colectiva	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación ☐	2. Tipo de Afiliación	C. Institucional ☐	A. Contributivo ☒	Si ☐	A. Cotizante ☒	A. Dependiente ☐	59
B. Reporte de Novedades ☒	• Cotizante o cabeza de familia ☒ • Beneficiario o afiliado adicional ☐	D. De oficio ☐	B. Subsidiado ☐	No ☐	B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	

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

8. Apellidos y nombres		9. Tipo de documento de identidad		10. Número de documento de identidad		11. Sexo biológico		12. Sexo identificación		13. Nacionalidad		14. Lugar de nacimiento		15. Fecha de nacimiento	
Vasquez Bustos		C		80741900		Masculino ☒		M ☒		Colombiano		Cundinamarca El Peñon		05/10/1982	
III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)															
16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad		19. Tiene encuesta SISBEN		20. Clasificación SISBEN		21. Grupo de población especial		22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones	
				Si ☐ No ☒		Nivel ☐ Grupo ☐						741900		Rovener	
24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria		26. Residencia		27. Teléfono fijo		28. Correo electrónico		29. Zona		30. Cabecera Municipal		31. Centro Poblado	
1'423.500				Calle 35 este		371242992		Vasquez Bustos Oscar @ 9m.1.com		Bogota		San Cristobal		Bogota	

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

27. Apellidos y nombres		28. Tipo de documento de identidad		29. Número de documento de identidad		30. Sexo biológico		31. Sexo identificación		32. Nacionalidad		33. Lugar de nacimiento		34. Fecha de nacimiento	
Primer Apellido						Femenino ☐ Masculino ☐		F ☐ M ☐						D D M M A A A A	

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

35. Apellidos y nombres		36. Tipo de documento de identidad		37. No. del documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico		40. Sexo identificación		41. Lugar de nacimiento		42. Fecha de nacimiento	
B1	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre				F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial		47. Tiene encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad		50. Incapacidad permanente	
								SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

51. Datos de residencia		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Dirección		Localidad/Comuna		Correo Electrónico	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

04

05

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación	Dirección	Teléfono fijo o Celular	Correo electrónico
		Departamento	Municipio/Barrio

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identificación.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.

B. REPORTE DE NOVEDADES

- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado

- ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo Identificación	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual?
64. Fecha de nacimiento	DD MM AAAA	65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	DD MM AAAA
		67. Motivo de traslado	Cod.	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

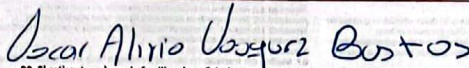
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria				
Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad			

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

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

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

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
DD MM AAAA	DD MM AAAA

OBSERVACIONES: Aporte enero - pago en febrero
Retiro x planilla.



Sello asesor

Recuerda que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario