

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☐ B. Colectiva ☐ D. De Oficio ☐ - Beneficiario o Afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐		3. Régimen A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐	4. Contribución solidaria Si ☐ No ☐
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐		6. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		7. Código (a registrar por la EPS)	

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

8. Apellidos y nombres Primer Apellido: Rodriguez Segundo Apellido: Ledesma Primer Nombre: Yulisa Segundo Nombre: Esther				
9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico Femenino ☒ Masculino ☐	12. Sexo identificación F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐	13. Nacionalidad
14. Lugar de nacimiento País: Departamento: Municipio:	15. Fecha de nacimiento 20 09 1977			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales					
16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad Si ☐ No ☒	19. Tiene encuesta SISBÉN Si ☒ No ☐	20. Clasificación SISBÉN Nivel 21 Grupo D	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL sura		23. Administradora de Pensiones colpensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC 1750905	25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia Dirección: carrera 6a este #36-61 Teléfono Celular: 3192153420 Correo Electrónico: yujulabe21@hotmail.com Departamento: Municipio / Distrito: Localidad / Comuna: Zona: Cabecera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐		27. Teléfono Fijo			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:				
28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento País: Departamento: Municipio:	34. Fecha de nacimiento D D M M A A A A			

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:						
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	40. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐	41. Lugar de nacimiento País: Departamento: Municipio:	42. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
B1			Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐	País: Departamento: Municipio:	D D M M A A A A
B2			Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐	País: Departamento: Municipio:	D D M M A A A A
B3			Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐	País: Departamento: Municipio:	D D M M A A A A
B4			Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐	País: Departamento: Municipio:	D D M M A A A A
B5			Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐	País: Departamento: Municipio:	D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN Si ☐ No ☐	48. Clasificación SISBÉN Nivel: Grupo:	49. Discapacidad Si ☐ No ☐ Categoría de discapacidad:	50. Incapacidad permanente Si ☐ No ☐
B1				Si ☐ No ☐	Nivel: Grupo:	Si ☐ No ☐ Categoría de discapacidad:	Si ☐ No ☐
B2				Si ☐ No ☐	Nivel: Grupo:	Si ☐ No ☐ Categoría de discapacidad:	Si ☐ No ☐
B3				Si ☐ No ☐	Nivel: Grupo:	Si ☐ No ☐ Categoría de discapacidad:	Si ☐ No ☐
B4				Si ☐ No ☐	Nivel: Grupo:	Si ☐ No ☐ Categoría de discapacidad:	Si ☐ No ☐
B5				Si ☐ No ☐	Nivel: Grupo:	Si ☐ No ☐ Categoría de discapacidad:	Si ☐ No ☐

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio/ Distrito	zona Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1		Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐		
B2		Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐		
B3		Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐		
B4		Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐		
B5		Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐		

Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

A. AFILIACIÓN

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

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

60. Tipo de Novedad	
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.	☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.	☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 3. Actualización del documento de identificación.	☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código	☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código	☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.
☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.	

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido							
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación		Cuál	64. Fecha de nacimiento	
		Femenino Masculino	F M T NB Otro			D D M M A A A A	
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones			
	D D M M A A A A	Código					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
☐ 69. Declaraciones 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 Sisbén vigente.	

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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

X. ANEXOS	
☐ 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT	
☐ 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.	
Total Anexos	

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

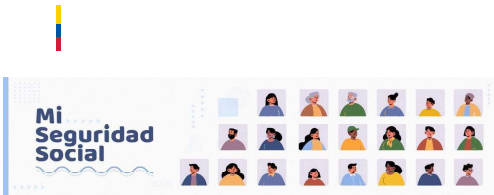
92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución
--	----------------------	-------------------------	------------------------------

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

94. Apellidos y nombres		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido							
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario		96. fecha de radicación		97. Fecha de validación	
				D D M M A A A A		D D M M A A A A	

OBSERVACIONES:		
----------------	--	--

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario		
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento



 **Yulisa Esther Rodriguez Ledesma**

Está en:

Página principal

Selección rol

Menú

Buzón de novedades

Número de novedad	Funcionalidad	Fecha
014CC5243457922012026114100132	Afiliación al régimen contributivo como independiente	

Datos básicos del cotizante o cabeza de familia			
Tipo de documento	Número de documento	Nombre completo	Fecha de nacimiento
CC	52434579	Yulisa Esther Rodriguez Ledesma	1977-09-20

Datos complementarios del cotizante o cabeza de familia					
Departamento	Municipio	Localidad	Zona	Dirección	Estrato
Cundinamarca	Soacha	Soacha	Urbana - Cabecera municipal	Carrera 6 a este#36-61	Nivel 1

Datos básicos del empleador				
Tipo de documento	Número de documento	Razón social del empleador	Tipo de cotizante	IBC
CC	52434579	YULISA RODRIGUEZ	Independiente	1750%
ARL				

No aplica

Datos de Afiliación

EPS

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S - EN INTERVENCION BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE P

Reporte de Novedades a la BDUA

Novedades del Cotizante o Cabeza de Familia - CC52434579 yulisa esther rodriguez ledesma reportadas a la BDUA

Funcionalidad	Fecha efectividad de la novedad	Estado	Fecha Actualización de Datos	Fecha de Reporte a la BDUA	Archivo / Novedad	Detalle
Afiliación al régimen contributivo como independiente	2026-01-22	Pendiente enviar a BDUA	-	-	N06	-

Aceptar

Volver

