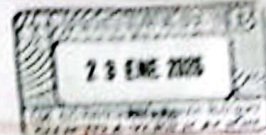


Nº de Radiografía

Fecha de Radiografía (Mes - Año - Día)

23 01 2016



I. DATOS DEL TRÁMITE (Llene los instrumentos que los administradores de afiliación envíen al Departamento de Afiliación)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de afiliación	3. Tipo de afiliación	4. Tipo de afiliación	5. Tipo de afiliación	6. Tipo de afiliación	7. Tipo de afiliación	8. Tipo de afiliación	9. Tipo de afiliación	10. Tipo de afiliación
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11. Apellido y nombre	12. Tipo de documento de identidad	13. Número de documento de identidad	14. Sexo biológico	15. Sexo identificación	16. Fecha de nacimiento	17. Lugar de nacimiento	18. País de nacimiento	19. Categoría de discapacidad	20. Incapacidad permanente
Velazquez	19355142	19355142	Male	Male	27-12-58	Columbo	Colombia	Positiva	

21. Tipo de documento de identidad	22. Número de documento de identidad	23. Sexo biológico	24. Sexo identificación	25. Fecha de nacimiento	26. Lugar de nacimiento	27. País de nacimiento	28. Categoría de discapacidad	29. Incapacidad permanente
3134043101	3134043101	Male	Male	19350105	Columbo	Colombia	Positiva	

30. Apellido y nombre	31. Tipo de documento de identidad	32. Número de documento de identidad	33. Sexo biológico	34. Sexo identificación	35. Fecha de nacimiento	36. Lugar de nacimiento	37. País de nacimiento	38. Categoría de discapacidad	39. Incapacidad permanente
Velazquez	19355142	19355142	Male	Male	27-12-58	Columbo	Colombia	Positiva	

40. Apellido y nombre	41. Tipo de documento de identidad	42. Número de documento de identidad	43. Sexo biológico	44. Sexo identificación	45. Fecha de nacimiento	46. Lugar de nacimiento	47. País de nacimiento	48. Categoría de discapacidad	49. Incapacidad permanente

50. Apellido y nombre	51. Tipo de documento de identidad	52. Número de documento de identidad	53. Sexo biológico	54. Sexo identificación	55. Fecha de nacimiento	56. Lugar de nacimiento	57. País de nacimiento	58. Categoría de discapacidad	59. Incapacidad permanente

60. Apellido y nombre	61. Tipo de documento de identidad	62. Número de documento de identidad	63. Sexo biológico	64. Sexo identificación	65. Fecha de nacimiento	66. Lugar de nacimiento	67. País de nacimiento	68. Categoría de discapacidad	69. Incapacidad permanente

70. Apellido y nombre	71. Tipo de documento de identidad	72. Número de documento de identidad	73. Sexo biológico	74. Sexo identificación	75. Fecha de nacimiento	76. Lugar de nacimiento	77. País de nacimiento	78. Categoría de discapacidad	79. Incapacidad permanente

No de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año)

23 01 2026

23 ENE 2026

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	2. Tipo de Afiliación A. Individual: • Cotizante o cabeza de familia ☐ • Beneficiario o afiliado adicional ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	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 591
---	---	---	--	--	--	---

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

8. Apellidos y nombres Velazquez Parra	9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número de documento de identidad 19355142	11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒	12. Sexo identificación F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál? ☐	13. Nacionalidad Colombia	14. Lugar de nacimiento Cali	15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año) 27-12-58
---	---	--	--	--	------------------------------	---------------------------------	---

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad Si ☐ No ☒ Categoría de discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN Si ☐ No ☒	20. Clasificación SISBEN Nivel ☐ Grupo ☐	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Positiva	23. Administradora de Pensiones 3134043701	24. Ingreso base de cotización - IBC 1750905	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia Comuna 94 # 72A83 Apto 601
3134043701		3134043701		Velazquez Parra		Email: velazquezparra@hotm...it		Firma: Velazquez Parra		
Bogotá D.C.		Fingido		Zona		Cabeza Municipal ☒ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐				

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 de documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál? ☐	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
---	------------------------------------	--------------------------------------	---	---	------------------	--	---

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

B1	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B2				
B3				
B4				
B5				

36. Tipo de documento de identidad	37. No del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino Masculino	40. Sexo identificación F M T NB Otro Cual?	41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

Dirección

Localidad/Comuna

Correo Electrónico

B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - EPS COTI 42		54. Código de la EPS 1012
55. Tipo de documento de identificación	56. Número de documento de identificación	57. Tipo de aportante o pagador de pensiones (la registrar por la EPS)
58. Ubicación	59. Teléfono fijo o celular	
60. Tipo de Novedad		61. Correo electrónico
62. Tipo de Novedad		63. Departamento

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

55. Nombre e identificación	56. Tipo de documento de identificación	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (la registrar por la EPS)
59. Ubicación		60. Teléfono fijo o celular	
61. Correo electrónico		62. Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad	61. Tipo de Novedad	62. 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.	☐ 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 Pre-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	62. Datos básicos de identificación	63. Datos básicos de identificación	64. 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: ☐ Femenino ☐ Masculino	63. Sexo identificación: ☐ F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cui?
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	
67. Motivo de traslado: Cod.		68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

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 interacción 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 Sisben 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. Cantidad de documentos de identidad anexas: ☐ CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ 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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario	

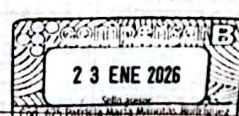
96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año)

97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

23 01 2026

OBSERVACIONES

CC: 19355142 Aport. Enero 2026
Pago Feb 2026 Retir. x planilla



Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el formulario.

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio