



No. de Radicación SAT

063263173

Fecha de Radicación

2024 | 11 | 24

1. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Contribución solidaria SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	5. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	6. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7. Código (a registrar por la EPS)
---	--	---	---	--	---	------------------------------------

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

8. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>Moreno</u> Segundo Apellido: <u>Rosado</u> Primer Nombre: <u>Priscilla</u> Segundo Nombre: <u>Ulises</u>	9. Tipo de documento de Identidad <u>CC</u>	10. Número del documento de Identidad <u>1.001.794.202</u>	11. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	12. Sexo identificación Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>	13. Nacionalidad <u>Colombiana</u>
14. Lugar de nacimiento <u>Bochó</u>	País <u>Colombia</u>	Departamento <u>Cundinamarca</u>	Municipio <u>Paché</u>	15. Fecha de nacimiento <u>10 11 1981</u>	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBÉN Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL <u>Positivo</u>		23. Administradora de Pensiones <u>Protección</u>		24. Ingreso base de cotización - IBC <u>1.750.405</u>		25. Tarifa contribución solidaria
26. Residencia <u>Cra 110 Dirección 42</u>			Teléfono fijo <u>343 2103347</u>	Cabezera Municipal <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>		
Departamento		Municipio / Distrito		Localidad / Comuna		

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: <u>Moreno</u> Segundo Apellido: <u>Rosado</u> Primer Nombre: <u>Priscilla</u> Segundo Nombre: <u>Ulises</u>	28. Tipo de documento de Identidad	29. Número del documento de Identidad	30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Sexo identificación Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento <u>D D M M A A A A</u>	

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

35. Apellidos y nombres							
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo nombre	
B1	<u>Moreno</u>		<u>Rosado</u>		<u>Ulises</u>		
B2	<u>Moreno</u>		<u>Rosado</u>		<u>Ulises</u>		
B3	<u>Moreno</u>		<u>Rosado</u>		<u>Ulises</u>		
B4	<u>Moreno</u>		<u>Rosado</u>		<u>Ulises</u>		
B5	<u>Moreno</u>		<u>Rosado</u>		<u>Ulises</u>		
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	Cual	41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1							D D M M A A A A
B2							D D M M A A A A
B3							D D M M A A A A
B4							D D M M A A A A
B5							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 <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	48. Clasificación SISBÉN NIVEL GRUPO	49. Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									
Dirección			Localidad / Comuna				Correo electrónico		
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

NIT 830.003.564-7



063263173

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

2024 12 24

1. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Contribución solidaria SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	5. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	6. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7. Código (a registrar por la EPS)
---	--	---	---	--	---	------------------------------------

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

8. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>Mora</u> Segundo Apellido: <u>Pardo</u> Primer Nombre: <u>Pablo</u> Segundo Nombre: <u>Uribe</u>	9. Tipo de documento de identidad <u>CC</u>	10. Número del documento de identidad <u>1.001.744.202</u>	11. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	12. Sexo identificación T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>	13. Nacionalidad <u>Colombiana</u>
14. Lugar de nacimiento <u>Pacho</u>	País <u>Colombia</u>	Departamento <u>Cundinamarca</u>	Municipio <u>Pacho</u>	15. Fecha de nacimiento <u>10 10 1988</u>	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBÉN Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL <u>Fonasa</u>		23. Administradora de Pensiones <u>Proteccion</u>		24. Ingreso base de cotización - IBC <u>1.750.400</u>		25. Tarifa contribución solidaria
26. Residencia Dirección: <u>11 - 47</u>			Teléfono fijo		Teléfono celular: <u>313 203 3277</u> <u>whatsapp: 313 203 3277</u> <u>whatsapp: 313 203 3277</u>	
Departamento		Municipio / Distrito		Localidad / Comuna		Zona Cabezera Municipal <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>

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: <u>Mora</u> Segundo Apellido: <u>Pardo</u> Primer Nombre: <u>Pablo</u> Segundo Nombre: <u>Uribe</u>	28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Sexo identificación T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio		34. Fecha de nacimiento <u>10 10 1988</u>

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

35. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>Mora</u> Segundo Apellido: <u>Pardo</u> Primer Nombre: <u>Pablo</u> Segundo nombre: <u>Uribe</u>						
B1	B2	B3	B4	B5		
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 Cual	41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1	B2	B3	B4	B5		

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 DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI NO
B1	B2	B3	B4	B5			

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1	B2	B3	B4	B5				
Dirección		Localidad / Comuna				Correo electrónico		
B1	B2	B3	B4	B5				

Vigilad Supersalud

24/12/2024 V3
disapeles 40229

...Y OS MIEMBROS DEL NUCLEO...
 El número de unidades residenciales por área...
 A los centros de atención...
 El número de unidades residenciales por área...
 A los centros de atención...
 El número de unidades residenciales por área...
 A los centros de atención...

B2
B3
B4
B5

54. Código de la IPS
(a registrar por la EPS)

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

55. Nombre o razón social <i>Carlos Uriel Murcia Riol</i>	56. Tipo de documento de identificación <i>CC</i>	57. Número del documento de identificación <i>1.002.744.202</i>	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación <i>Cra 110 # 4549 42</i>	<i>71382059347</i>	<i>carlosmurcia@353mail.com</i>	<i>Municipio: Bogotá</i>

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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 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. Sexo biológico		63. Sexo identificación		64. Fecha de nacimiento	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A		
65. EPS anterior <i>Famisanar</i>		66. Fecha de novedad <i>23/01/2024</i>		67. Motivo de traslado Código <input type="checkbox"/>		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 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

Apellidos y nombres		Primer nombre		Segundo nombre	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre		
Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/>		Número del documento de identidad			

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional *Carlos Uriel Murcia*

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

Cantidad: CN RC TI CC PA CE CD SC TOTAL ANEXOS

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

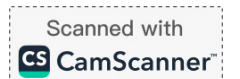
93. Nombre de la institución

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

94. Apellidos y nombres		95. Firma del funcionario	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/>		Número del documento de identidad	
96. Fecha de radicación D D M M A A A A		97. Fecha de validación D D M M A A A A	
OBSERVACIONES: <i>Independiente</i>			

Vigilado Supersalud 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. 24/12/2024 V3

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -



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

55. Nombre o razón social <i>Carlos Virel Morúa Paul</i>	56. Tipo de documento de identificación <i>CC</i>	57. Número del documento de identificación <i>1.007.744.001</i>	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación <i>Distrito 110 de la ciudad 541 42</i>	<i>313 (Trabajo 347)</i>	<i>carlos.virel.morua@epssm.com</i>	<i>Municipal Distrito</i>

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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 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. Sexo biológico		63. Sexo identificación		64. Fecha de nacimiento	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		65. EPS anterior		66. Fecha de novedad	
				<i>famisma</i>		<i>2018/11/20/21/22</i>	
67. Motivo de traslado		68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		69. Motivo de traslado		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 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 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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	

IX. FIRMAS

Carlos Virel Morúa

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: CN RC TI CC PA CE CD SC

TOTAL ANEXOS

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	93. Nombre de la Institución
Código del municipio <input type="checkbox"/> Código del departamento <input type="checkbox"/>	

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 del documento de identidad	
96. Fecha de radicación		95. Firma del funcionario	
D D M M A A A A		<i>Independiente</i>	
97. Fecha de validación		OBSERVACIONES:	
D D M M A A A A			

Vigilado Supersalud

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.

24/12/2024 V3

dispapeles

- 2a. COPIA: AFILIADO -