



189027281

(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 / B. Colectiva / C. Institucional / D. De Oficio	3. Régimen A. Contributivo / B. Subsidado	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) 03	

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

8. Apellidos y nombres Primer Apellido: J B A Ñ E Z Segundo Apellido: G A R C I A Primer Nombre: J E S S I C A Segundo Nombre: P A O J A	9. Tipo de documento de Identidad: CC	10. Número del documento de Identidad: 102433877	11. Sexo biológico: Femenino X Masculino	12. Sexo Identificación: F X M T NB Otro	13. Nacionalidad: COLOMBIANA
14. Lugar de nacimiento: BOGOTÁ	País: COLOMBIA	Departamento: D.C. CAPITAL	Municipio: BZ	15. Fecha de nacimiento: 15/04/1996	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia		17. Comunidad	18. Discapacidad Si / No	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN Nivel / Grupo	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC: \$1.423.500		25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia Dirección: TRANSVERSAL 15 # 41C - 34						
Teléfono Celular: 3105710878		Correo Electrónico: Pricos101@EMBIJ.COM				
Departamento: CONDAMARCA		Municipio / Distrito: SOACHA		Localidad / Comuna: JCON XIII		Zona: Cabecera Municipal / Rural Disperso / Centro Poblado / 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 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	

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

35. Apellidos y nombres		36. Tipo de documento de Identidad		37. Número del documento de Identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico		40. Sexo Identificación		41. Lugar de nacimiento		42. Fecha de nacimiento	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre												
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 Nivel / Grupo	49. Discapacidad Si / No	50. Incapacidad permanente Si / No
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

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

Dirección		Localidad Comuna		Correo Electrónico
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

100264458 Ssu 23572

63. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - EPS		64. Código de la EPS (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			
65. Nombre o razón social		66. Tipo documento de identificación	
67. Número del documento de identificación		68. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)	
69. Ubicación			
Dirección		Código Tipo o Localidad	
Correo Electrónico		Departamento	
		Municipio / Distrito	
69. Tipo de Novedad			
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 14. Movilidad <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 15. Traslado <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia <input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado <input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria <input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria			

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN REPORTE DE LA NOVEDAD			
61. Datos básicos de identificación		62. Sexo biológico	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Femenino	Masculino
63. Sexo identificación		64. Fecha de nacimiento	
Primer Nombre	Segundo Nombre	F M T NB Otro	DD MM AAAA
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	16/11/2018	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES			
<input checked="" type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. <input type="checkbox"/> 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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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
Paula J. León	

X. ANEXOS	
<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad <input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 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.	Cantidad de documentos de identidad anexos CN RC TI CC CE PA CD SC PT Total Anexos

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	

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
96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
DD MM AAAA	DD MM AAAA
OBSERVACIONES:	
Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las copias de los documentos anexados en el Capítulo VII del formulario.	

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Competent	Sello de Radicación	RECIBIDO POR:

- Original: EPS -1a Copia: EMPL EADOR- 2a Copia: AFILIADO -