



063261335

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

D | D | M | M | A | A | A | A

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia <input 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 Osorio Primer Apellido	Arias Segundo Apellido	Paula Primer nombre	Andrea Segundo nombre
9. Tipo de documento de identidad C.C.	10. Número del documento de identidad 1.022.988.840	11. Sexo biológico Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	12. Sexo identificación Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>
13. Nacionalidad Colombiana	14. Lugar de nacimiento Bogotá	15. Fecha de nacimiento 1 6 0 8 1 9 9 3	

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 checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBÉN Nivel 2 Grupo	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Sura	23. Administradora de Pensiones Protección	24. Ingreso base de cotización - IBC 1.750.905	25. Tarifa contribución solidaria	26. Residencia Cl 84 sur 14 C 51 To 5 Apt 1001	27. Teléfono fijo 312334014	28. Teléfono celular pajuanpa1616@gmail.com
29. Lugar de nacimiento Bogotá	30. País Colombia	31. Departamento Bogotá	32. Municipio / Distrito Usme	33. Cabeza Municipal <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>	34. Zona	

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

29. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
30. Tipo de documento de identidad	31. Número del documento de identidad	32. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	33. 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"/>
34. Lugar de nacimiento	35. País	36. Departamento	37. Municipio
38. Fecha de nacimiento	D D M M A A A A		

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

39. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo nombre
40. Tipo de documento de identidad	41. Número del documento de identidad	42. Nacionalidad	43. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
44. 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"/>	45. Lugar de nacimiento	46. Fecha de nacimiento	

Datos complementarios del beneficiario

47. Parentesco	48. Etnia	49. Comunidad	50. Grupo de población especial	51. Tiene encuesta SISBÉN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	52. Clasificación SISBÉN NIVEL GRUPO	53. Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	54. INCAPACIDAD PERMANENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabeza 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								



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 Paula Andrea Osorio Arias	56. Tipo de documento de identificación C.C.	57. Número del documento de identificación 1022988840	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación Cl 84 sur 14-51 To 5 Apt 1001	3112 334014 Teléfono	pajuanpa1616@gmail.com Correo electrónico	Bogotá Ciudad y Distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad	
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 identidad <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <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: A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 15. Traslado: 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 <input type="checkbox"/>	

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	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	63. Sexo identificación Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>
64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A		65. EPS anterior	
66. Fecha de novedad D D M M A A A A		67. Motivo de traslado Código <input type="checkbox"/>	
68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

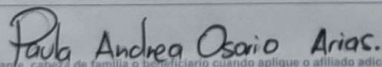
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.	<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"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	<input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
<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"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
<input type="checkbox"/> 72. Declaración de no interacción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	<input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.
<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.	

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

	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	CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/>	TOTAL ANEXOS <input type="checkbox"/>
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 2018.		
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
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario
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:

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
dispositivos