



189414385

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input checked="" type="checkbox"/> D. De Oficio C. Beneficiario Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado		4. Contribución solidaria Si No	
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional		6. Tipo de Cotizante A. Dependiente B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> 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: Roldán Segundo Apellido: Medina Primer Nombre: Nancy Segundo Nombre: Jamile		9. Tipo de documento de identidad C.C.		10. Número del documento de identidad 52494712		11. Sexo biológico Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino		12. Sexo identificación F <input checked="" type="checkbox"/> M T NB Otro		13. Nacionalidad Colombiana	
14. Lugar de nacimiento Bogotá		15. Fecha de nacimiento 22/11/1978		16. País Colombia		17. Departamento Cundinamarca		18. Municipio Bogotá		19. Cuál	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad Si No <input checked="" type="checkbox"/>		19. Tiene encuesta SISBÉN Si <input checked="" type="checkbox"/> No		20. Clasificación SISBÉN Nivel 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 Dirección Av. C11 72 # 107A - 23												Teléfono Fijo	
Teléfono Celular 312 5543349				Correo Electrónico nancyrol31@gmail.com									
Departamento Cundinamarca				Municipio / Distrito Bogotá				Localidad / Comuna Engativá				Zona Cabecera Municipal <input checked="" type="checkbox"/> 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 DD MM AAAA									

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 SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad		50. Incapacidad permanente	
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				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											

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:5%;">C</td><td style="width:95%;"></td></tr> <tr><td>B1</td><td></td></tr> <tr><td>B2</td><td></td></tr> <tr><td>B3</td><td></td></tr> <tr><td>B4</td><td></td></tr> <tr><td>B5</td><td></td></tr> </table>		C		B1		B2		B3		B4		B5		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:5%;"></td><td style="width:95%;"></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>										
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	
<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 style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input style="width: 50px;" 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 checked="" 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 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 Masculino	63. Sexo identificación F M T NB Otro Cuál
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad <u>15/02/2025</u>	67. Motivo de traslado Código	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 checked="" type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input checked="" 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 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 <u>Diana Z. Roldán J.</u>	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS	
<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT <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.	
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	95. Firma del funcionario 96. Fecha de radicación 97. Fecha de validación
Tipo de documento de identidad Número del documento de identidad	

OBSERVACIONES: 	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 80%;"> RECIBIDO POR: 16 FEB 2026 RECIBIDO POR: </div>
------------------------	--

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 <u>Diana Z.</u>	Sticker procesamiento <u>210000033</u>

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR-2a Copia: AFILIADO.-