

No de Radicación: 25 02 2026

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año)



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

1 Tipo de trámite	A. Afiliación <input type="checkbox"/>	2 Tipo de Afiliación	A. Individual <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	3 Régimen	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>	B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4 Contribución solidaria	A. Cotizante <input type="checkbox"/>	B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/>	5 Tipo de afiliado	A. Cotizante <input type="checkbox"/>	B. Beneficiario <input type="checkbox"/>	C. Beneficiario adicional <input type="checkbox"/>	D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	6 Tipo de cotizante	A. Independiente <input type="checkbox"/>	B. Pensionado <input type="checkbox"/>	7 Valor de cotización (COP)	<u>39</u>
-------------------	--	----------------------	--	---------------------------------------	-----------	---	--	--------------------------	---------------------------------------	---	--------------------	---------------------------------------	--	--	--	---------------------	---	--	-----------------------------	-----------

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>BOGOTÁ</u>	Segundo Apellido: <u>CHAVEZ</u>	Primer Nombre: <u>JOHANN</u>	Segundo Nombre: <u>ALVARO</u>	
9 Tipo de documento de identidad	<u>CC</u>	10 Número de documento de identidad	<u>52119028</u>	11 Sexo biológico	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
12 Sexo identificación	F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual?	13 Nacionalidad	<u>Colombiana</u>	14 Lugar de nacimiento	<u>Colombia</u>
15 Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	<u>14 9 1974</u>				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16 Etnia	17 Comunidad	18 Discapacidad	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Categoría de discapacidad	<u>2</u>
19 Tiene encuesta SISBEN	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	20 Clasificación SISBEN	Nivel <u>2</u> Grupo <u>20</u>	21 Grupo de población especial	
22 Administradora de Pensiones	<u>Colfemenor</u>	23 Ingreso base de cotización - IBC	<u>11750905</u>	24 Tarifa Contribución Solidaria	<u>33.13502</u>
25 Residencia	<u>2000014000000</u>	26 Dirección	<u>BOGOTÁ D.C.</u>		
27 Zona	Cabecera Municipal <input checked="" type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>	28 Localidad/Comuna	<u>BOGOTÁ D.C.</u>		

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>BOGOTÁ</u>	Segundo Apellido: <u>CHAVEZ</u>	Primer Nombre: <u>JOHANN</u>	Segundo Nombre: <u>ALVARO</u>	
28 Tipo de documento de identidad	<u>CC</u>	29 Número de documento de identidad	<u>52119028</u>	30 Sexo biológico	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
31 Sexo identificación	F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual?	32 Nacionalidad	<u>Colombiana</u>	33 Lugar de nacimiento	<u>Colombia</u>
34 Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	<u>14 9 1974</u>				

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

35 Apellidos y nombres		36 Tipo de documento de identidad		37 No. del documento de identidad		38 Nacionalidad		39 Sexo biológico		40 Sexo identificación		41 Lugar de nacimiento		42 Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	
B1	B2	B3	B4	B5	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	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			

53 Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54 Código de la URS la registrar por la EPS
Kennedy I		1015
81		
82		
83	25 02 2026	
84		
85		

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

55 Nombre o razón social		57 Número del documento de identificación	58 Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
56 Tipo de documento de identificación			
59 Ubicación		Teléfono fijo o Celular	
Teléfono fijo o Celular		Departamento	Municipio/Distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

60 Tipo de Novedad	10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.	<input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	<input type="checkbox"/> 17. Reporte de trámite de protección al cesante.
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.	<input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado	<input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
<input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.
<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.		

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61 Datos básicos de identificación		62 Sexo biológico		63 Sexo identificación	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Femenino	Masculino	F	M
Tipo de documento de identidad		64 Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)		65 EPS anterior	
10. Número de documento de identidad		66 Fecha de novedad (Día - Mes - Año)		67 Motivo de traslado	
				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 internación 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 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.	

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

<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad	<input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
<input type="checkbox"/> 83. Cantidad de documentos de identidad anexos: <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PT	<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"/> 84. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	<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"/> 85. 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"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 86. 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"/> 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.
<input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	Total Anexos <input type="checkbox"/>

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		Número de documento de identidad	

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

25 02 2026

OBSERVACIONES:

CC: 52179028 APORTA Feb 2026
pago Marzo 2026 Pct. n 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 capítulo VII del formulario