

No. de radicado

23586-00003257-SM

Fecha de radicado

1	1	0	2	2	0	2	6
---	---	---	---	---	---	---	---

I. DATOS DE TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite				2. Tipo de afiliación				-Cotizante o cabeza de familia ☒ -Beneficiario o afiliado adicional ☐ -De oficio ☐				3. Régimen				4. Contribución solidaria															
A. Afiliación ☐ B. Reporte de novedades ☒				B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐								A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐				Si ☐ No ☒															
5. Tipo de afiliado								6. Tipo de cotizante								7. Código															
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐								A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐								(a registrar por la EPS) ESSC07															
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)																				A. AFILIACIÓN											
8. Apellidos y nombres																															
MORENO					MERCADO					LUDIS					Segundo nombre																
9. Tipo de documento de identidad				10. Número del documento de identidad				11. Sexo biológico				12. Sexo identificación																			
CC				33205665				Femenino ☒ Masculino ☐				T ☐ NB ☐ Otro ☐				F ☒ M ☐ Cual															
13. Nacionalidad				14. Lugar de nacimiento												15. Fecha de nacimiento															
COL				País		COLOMBIA		Departamento		CORDOBA		Municipio		PURISIMA		2		9		0		9		1		9		6		8	
III. DATOS COMPLEMENTARIOS																															
Datos personales																															
16. Etnia				17. Comunidad				18. Discapacidad				SI ☐ NO ☒																			
								Categoría de discapacidad																							
19. Tiene encuesta				20. Clasificación SISBÉN				21. Grupo de población especial																							
SI ☐ NO ☒				Nivel ☐ Grupo ☐								9																			
22. Administradora de riesgos laborales - ARL				23. Administración de pensiones				24. Ingreso base de cotización - IBC				25. Tarifa contribución solidaria																			
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A				NO APLICA				\$1.750.905																							
26. Residencia																															
VI EL PTRETEXTO 1 - 30					Teléfono fijo					3104611349					LUDISMORENO86@GMAIL.COM																
Dirección										Teléfono celular					Correo electrónico																
CORDOBA					PURISIMA					EL PRETEXTO					Zona																
Departamento					Municipio / Distrito					Localidad / Comuna					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 cotizante																															
27. Apellidos y nombres																															
Primer apellido					Segundo apellido					Primer nombre					Segundo nombre																
28. Tipo de Documento de				29. Número del documento de identidad				30. Sexo biológico				31.Sexo identificación																			
								Femenino ☐ Masculino ☐				T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual				F ☐ M ☐															
32. Nacionalidad				33. Lugar de nacimiento												34. Fecha de nacimiento															
				País				Departamento				Municipio				D		D		M		M		Y		Y		Y		Y	
Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales																															
35.		Apellidos y nombres				Segundo apellido				Primer nombre				Segundo nombre																	
B1																															
B2																															
B3																															
B4																															
B5																															
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															
						Femenino Masculino		F M T NB Otro Cual		País		Departamento		Municipio																	
B1																D D M M Y Y Y Y															
B2																D D M M Y Y Y Y															
B3																D D M M Y Y Y Y															
B4																D D M M Y Y Y Y															
B5																D D M M Y Y Y Y															
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													
												SI NO		Nivel Grupo		SI NO Categoría de discapacidad		SI NO													
B1																															
B2																															
B3																															
B4																															
B5																															
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)																	
								Cabecera municipal Centro poblado Rural disperso Resto rural																							
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 IPS (a registrar por la EPS)																			
C		ESE CAMU DE PURISIMA										235860074301																			
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 de documento de identificación				57.Número del documento de identificación				58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)																			
CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026				NI				902023336				1																			
59. Ubicación																															
Dirección					Teléfono fijo o celular					Correo electrónico					Departamento					Municipio / Distrito											

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 identificación.

☐ 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 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

MORENO

MERCADO

LUDIS

Segundo nombre

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

62. Sexo biológico

63. Sexo identificación

64.Fecha de nacimiento

CC

33205665

Femenino

63. Sexo identificación

2

9

0

9

1

9

6

8

65.EPS anterior

66. Fecha de novedad

67.Motivo de traslado

68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

1

9

0

1

2

0

2

6

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 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

☒ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o de 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 de documento de identidad

IX: FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado

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

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo copia del documento de identidad:

CN

RC

TI

CC

PA

CE

CD

SC

PT

Cantidad de documentos de identidad 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 articulo 2.1.7.3 del Decreto780 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.

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

Tipo de documento de Identidad

Número del documento de Identidad

95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación

97. Fecha de validación

D

D

M

M

A

A

A

A

D

D

M

M

A

A

A

A

OBSERVACIONES:

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