



\*063257412\*

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

18032026

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

|   |   |   |  |  |   |                                       |
|---|---|---|--|--|---|---------------------------------------|
| 1. Tipo de trámite<br>A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/><br>B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/> | 2. Tipo de Afiliación<br>A. Individual:<br>- Cotizante o cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/><br>- Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/><br>B. Colectiva <input type="checkbox"/><br>C. Institucional <input type="checkbox"/><br>D. De oficio <input type="checkbox"/> | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/><br>B. Subsidiado <input type="checkbox"/> | 4. Contribución solidaria<br>SI <input type="checkbox"/><br>NO <input checked="" type="checkbox"/> | 5. Tipo de afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/><br>B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/><br>C. Beneficiario <input type="checkbox"/><br>D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/> | 6. Tipo de cotizante<br>A. Dependiente <input type="checkbox"/><br>B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/><br>C. Pensionado <input type="checkbox"/> | 7. Código<br>(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<br>López Beltrán Karen Alejandra | 9. Tipo de documento de identidad<br>C.C. | 10. Número del documento de identidad<br>1.013.637.657 | 11. Sexo biológico<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 12. Sexo identificación<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/><br>T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/> | 13. Nacionalidad<br>Colombiana |
| 14. Lugar de nacimiento<br>Higüera/Bayra Colombia       | País<br>Colombia                          | Departamento<br>Bogotá D.C.                            | Municipio<br>Bogotá D.C.  | 15. Fecha de nacimiento<br>01/09/1992  |                                |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

|   |   |  |                                   |   |   |   |
|---|---|--|-----------------------------------|---|---|---|
| 16. Etnia   | 17. Comunidad                                   | 18. Discapacidad<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Categoría discapacidad            | 19. Tiene encuesta SISBÉN<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 20. Clasificación SISBÉN<br>Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> | 21. Grupo de población especial   |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br>Sura | 23. Administradora de Pensiones<br>Colpensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC<br>1.750.905                                      | 25. Tarifa contribución solidaria | 26. Residencia<br>Carrera 103 # 131A-20<br>Bogotá D.C.  | 6019234146<br>3042096622<br>Karenlopez671@hotmail.com                                     | Cabezera Municipal <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/><br>Zona Urbana |

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<br>Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre | 28. Tipo de documento de identidad         | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 31. Sexo identificación<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/><br>T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/> | 32. Nacionalidad |
| 33. Lugar de nacimiento<br>País Departamento Municipio                                   | 34. Fecha de nacimiento<br>D D M M A A A A |                                       |  |   |                  |

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

|  |                                    |                                       |                  |   |   |  |                         |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|------------------|---|---|--|-------------------------|
| 35. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo nombre | 36. Tipo de documento de identidad | 37. Número del documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico<br>Femenino Masculino F M T NB Otro Cual | 40. Sexo identificación<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/><br>T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/> | 41. Lugar de nacimiento<br>País Departamento Municipio | 42. Fecha de nacimiento |
| B1   |                                    |                                       |                  |   |   |  |                         |
| B2   |                                    |                                       |                  |   |   |  |                         |
| B3   |                                    |                                       |                  |   |   |  |                         |
| B4   |                                    |                                       |                  |   |   |  |                         |
| B5   |                                    |                                       |                  |   |   |  |                         |

Datos complementarios del beneficiario

|                |           |               |                                 |  |   |  |   |
|----------------|-----------|---------------|---------------------------------|--|---|--|---|
| 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBÉN<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 48. Clasificación SISBÉN<br>NIVEL GRUPO | 49. Discapacidad<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CATEGORÍA DISCAPACIDAD | 50. INCAPACIDAD PERMANENTE<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| B1             |           |               |                                 |  |   |  |   |
| B2             |           |               |                                 |  |   |  |   |
| B3             |           |               |                                 |  |   |  |   |
| B4             |           |               |                                 |  |   |  |   |
| B5             |           |               |                                 |  |   |  |   |

51. Datos de residencia

|              |                      |  |                           |  |
|--------------|----------------------|--|---------------------------|--|
| Departamento | Municipio / Distrito | Zona<br>Cabezera Municipal Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural | Teléfono fijo y/o celular | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional<br>(a registrar por la EPS) |
| B1           |                      |  |                           |  |
| B2           |                      |  |                           |  |
| B3           |                      |  |                           |  |





|    |  |  |
|----|--|--|
| C  |  |  |
| B1 |  |  |
| B2 |  |  |
| B3 |  |  |
| B4 |  |  |
| B5 |  |  |

CAFAM

18032026

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

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| 55. Nombre o razón social<br>Karen Alejandra Lopez Beltran | 56. Tipo de documento de identificación<br>CC | 57. Número del documento de identificación<br>1.013.637.657 | 58. Tipo de aportante o pagador de pensión<br>(a registrar por la EPS) |
| 59. Ubicación<br>Carrera 103# 131A-20                      | 3042096622                                    | karenlopez671@hotmail.com                                   | Bogotá D.C.  |

## 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 inscripción en la EPS <input type="checkbox"/> |
| 6. Reporte de pago a través de un tercero <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                    | 62. Sexo biológico                              | 63. Sexo identificación   | 64. Fecha de nacimiento  |
| Primer Apellido<br>Suiza                               | Segundo Apellido<br>Beltrán                     | Primer Nombre<br>Karen  | Segundo Nombre<br>Alejandra  |
| Tipo de documento de identidad<br>Carrera 103# 131A-20 | Número del documento de identidad<br>3042096622 | 62. Sexo biológico<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 63. Sexo identificación<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |
| 65. EPS anterior<br>Bogotá D.C.                        | 66. Fecha de novedad<br>10/05/2016              | 67. Motivo de traslado<br>Código  | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones<br>Urbana   |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

|  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.<br><input checked="" type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.<br><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.<br><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.<br><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.<br><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.<br><input checked="" type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.<br><input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.<br><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

|                                |                                   |                  |               |                |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------------|---------------|----------------|
| 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 o 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 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.  |   |                                       |

## 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 |  |
|-------------------------|--|