

26 MAR 2026

Cod. 600 Claudia Catalina Camargo Cujabari
SUJETO A VERIFICACIÓN

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año)

26/03/2026

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

1. Tipo de trámite	A. Individual	B. Colectiva	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	A. Dependiente	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	• Cotizante o cabeza de familia	C. Institucional	A. Contributivo	SI	A. Cotizante	6. Tipo de cotizante	8. Independiente
B. Reporte de Novedades	• Beneficiario o afiliado adicional	D. De oficio	B. Subsidiado	No	B. Cabeza de familia	C. Pensionado	9. S9

A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres	9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento	15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
Méndez	CC	1018490249	Femenino	M	Colombiano	Colombia	17-09-1946

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
N/A	N/A	No	No	Nivel		Positiva	Colpensiones	1.750.405		CH130f #103061

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	28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento	34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
Primer Apellido			Femenino	M			

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. Méndez	CC	05698701	Colombia	F	M	Col	11/06/1969

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

51. Datos de residencia

Departamento	Municipal/ 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)
B/c	B/c	X					

Dirección

Localidad/Comuna

Correo Electrónico

B1. cl130f #103061	11	
--------------------	----	--

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	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		

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

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 ☐	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico ☐ Femenino ☐ Masculino	63. Sexo identificación ☐ F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual?
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior		
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	67. Motivo de traslado Cod. ☐	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

☐ 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: ☐ CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CO ☐ SC ☐ PT	☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	☐ 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.
☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	☐ 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.
☐ 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.	☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	☐ 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 de documento de identidad	95. Firma del funcionario	

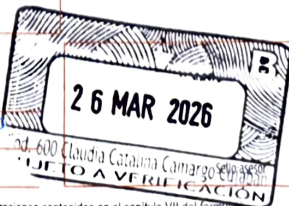
96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año)

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

26/03/2026

OBSERVACIONES

11306 # 103001
aporte marzo pago abril
Novedad retiro en ultimo mes
cot cc. 1016490249



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.