ACTA N° 0769 CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO HOGAR NAZARETH CHINAUTA – 2022

FECHA: Chinauta, noviembre 30 de 2022.
HORA: 4:00 p.m.
LUGAR: CENTRO COMUNIDAD DE CUIDADO HOGAR NAZARETH CHINAUTA
TEMA: Eje Familia, participación y redes, Línea de redes /Gestión de redes institucionales / Convenio 7455-2021.
ASISTENTES: Trabajadoras sociales
ORDEN DEL DÍA:

1. Objetivo de la actividad.
2. Introducción de la actividad.
3. Actividades desarrolladas.
4. Materiales a utilizar en la actividad.
5. Compromisos.
6. Anexos.

DESARROLLO:

1. Objetivo de la actividad: Brindar atención integral a las personas mayores del CCC Hogar Nazareth Chinauta a través de entidades públicas y/o privadas articulando servicios orientados hacia el bienestar y empoderamiento de las mismas, haciéndolos partícipes dentro de los procesos sociales, médicos e institucionales; por lo cual durante el mes de noviembre se contactan diversas instancias a fin de satisfacer las necesidades básicas frente al rol activo de las personas mayores dentro de la sociedad.
2. Introducción de la actividad: La gestión interinstitucional permite a las personas mayores vincularse dentro de los procesos socioculturales del municipio a través de la prestación de bienes y servicios, encaminados hacia el disfrute y garantía de los derechos adquiridos.
3. Descripción la actividad: Durante el periodo de tiempo reportado, se realizaron las siguientes gestiones interinstitucionales:
    - Solicitud asistencia técnica por comisaría de familia de Fusagasugá a la Secretaría de Gobierno, seguridad y convivencia.
    - Solicitud jornada recreativa con el IDERF Fusagasugá.
    - Solicitud muestra cultural a la Secretaría de cultura de Fusagasugá.
    - Solicitud de afiliación y asignación de IPS primaria a la EAPB Nueva EPSS.
    - Solicitud asistencia técnica SDIS para el diligenciamiento del formato PAIIN.
    - Respuesta de la ESDIS a la solicitud realizada.
    - Envío listado censal a SDIS, para retiro d epersonas mayores de la EAPB Capital

Powered by CamScanner

salud.

- Solicitud de traslado de sub red EAPB Capital Salud de seis personas mayores.
- Solicitud autorización de traslado de EAPB de Capital salud a Nueva EPSS.
- Solicitud acompañamiento actividad familias.
- Solicitud acompañamiento musical Batallón 39 Sumapaz.
- Respuesta de Hospital san Rafael a PQRSF radicada por el hogar.
- Solicitud préstamo de carpas a Secretaría de turismo de Fusagasugá.
- Respuesta solicitud de traslado de EAPB a personas mayores por Capital salud.
- Solicitud préstamo de carpas a Escuela de policía.

4. Materiales a utilizar en la actividad.
   - Computador.
   - Equipos de telefonía móvil.
   - Internet.
   - Impresora
5. Compromisos.

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución

CONVOCATORIA: Para el mes de diciembre del 2022 se realizarán los respectivos trámites de acuerdo a los ingresos o de acuerdo a situaciones específicas de las personas mayores.

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Diana Marcela Ruíz	Trabajadora Social	Hogar Nazareth	
Milena Castiblanco	Trabajadora Social	Hogar Nazareth	
Rubiela Giraldo	Coordinadora	Hogar Nazareth	

Anexos: Oficios de Gestión de Redes

Elaboró: Diana Marcela Ruíz-Milena Castiblanco, Trabajadoras sociales.

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR
Subdirección par
Proyecto 7770 "Compromiso con el envejecimiento a
Servicio integral de Bienestar y cuidado con personas ma
HOGAR NAZARETH

ALCALDIA DE FUSAGASUGA
Al Contestar cite Radicado: **R-2022-26964** Id: **218120**
Folios: 1 Fecha: 2022-11-02 14:49:15 Anexos: 0
Copias:
Remitente: RUBIELA GIRALDO
Destinatario: SECRETARIA DE GOBIERNO, SEGURIDAD Y CONVIVENCIA
AUTORIZO a la Alcaldía de Fusagasugá, para utilizar los medios electrónicos como mecanismo de comunicación de conformidad de los previstos en los artículos 53,56 y 57 numeral primero de la ley 1437 de 2011.
SI__NO__Firma_____

Fusagasugá, 02 noviembre 2022.

DOCTOR:
NICOLAS ALEJANDRO OTERO GARCÍA.
SECRETARÍA GOBIERNO, SEGURIDAD Y CONVIVENCIA.
Fusagasugá.

Asunto: Solicitud sensibilización por parte de la Comisaría segunda de familia de Fusagasugá.

Reciba un cordial saludo, éxitos y bendiciones en el desarrollo de sus labores.

La Comunidad de Cuidado Hogar Nazareth Chinauta con la *FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR*, cuenta con una cobertura de 150 personas mayores en condición de vulnerabilidad social, quienes pertenecen al convenio 7455/2021 con la Secretaría Distrital de Integración Social bajo el proyecto 7770 "Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogotá cuidadora e Incluyente, Servicio integral de Bienestar y cuidado con personas mayores Modalidad Centro Comunidad de cuidado". Dando cumplimiento a los objetivos institucionales nos encontramos solicitando de su valiosa colaboración en la realización de una asistencia técnica al talento humano, frente al tema de rutas de atención de la comisaría de familia, ante posibles violencias y cumplimiento en la corresponsabilidad familiar con las personas mayores; esto con el fin de dar apertura a la semana del buen trato.
Esta actividad se encuentra programada para el día jueves 17 de noviembre en horario de las 02:00 p.m. en las instalaciones del Hogar Nazareth Chinauta.

Seguros de contar con su apoyo, en nombre de las personas mayores, el equipo interdisciplinario, y de la comunidad religiosa, agradecemos de antemano su valiosa atención y colaboración a la presente.
En espera de su pronta respuesta.

Sin otro particular,

Cordialmente,

Rubiela Giraldo.
Coordinadora
Comunidad de Cuidado Hogar Nazareth Chinauta.
Celular: 3202215253/ 3124165808
KM 69 Vía Bogotá - Melgar Teléfono: 3106253217
Email: hogarnazarethchinauta@Gmail.com

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR
Subdirección para la Vejez
Proyecto 7770 "Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogotá cuidadora e Incluyente"
Servicio integral de Bienestar y cuidado con personas mayores Modalidad Centro Comunidad de cuidado.
HOGAR NAZARETH CHINAUTA

Fusagasugá, 02 noviembre 2022.

Licenciado:
ELVIS CORTÉS
Director IDERF.
Fusagasugá.

Asunto: Solicitud de acompañamiento en la jornada en la actividad recreativa con las personas mayores del Hogar Nazareth Chinauta.

Reciba un cordial saludo, éxitos y bendiciones en el desarrollo de sus labores.
La Comunidad de Cuidado Hogar Nazareth Chinauta con la *FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR*, cuenta con una cobertura de 150 personas mayores en condición de vulnerabilidad social, quienes pertenecen al convenio 7455/2021 con la Secretaría Distrital de Integración Social bajo el proyecto 7770 "Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogotá cuidadora e Incluyente, Servicio integral de Bienestar y cuidado con personas mayores Modalidad Centro Comunidad de cuidado"; bajo éste lema y objeto social, quisiésemos invitarlo a vincularse en la jornada de actividad recreativa con las personas mayores del Hogar Nazareth Chinauta el próximo miércoles 16 de noviembre en horario de las 9:30 a.m. en las instalaciones físicas del Hogar .

Seguros de contar con su apoyo y en nombre de las personas mayores, el equipo interdisciplinario, y de la comunidad religiosa, agradecemos de antemano su valiosa atención y colaboración a la presente.
En espera de su pronta respuesta.

Sin otro particular,

Cordialmente,

Rubiela Giraldo.
Coordinadora
Comunidad de Cuidado Hogar Nazareth Chinauta.
Celular: 3202215253/ 3124165808

RAD. N.: 1034
FECHA: NOV 2/2022
HORA: 2:37pm
FOLIOS: 1
TEL:
E.Mail:

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR
Subdirección para la Vejez
Proyecto 7770 "Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogotá cuidadora e Incluyente"
Servicio integral de Bienestar y cuidado con personas mayores Modalidad Centro Comunidad de cuidado.
HOGAR NAZARETH CHINAUTA

Fusagasugá, 02 noviembre de 2021

ALCALDIA DE FUSAGASUGA

Al Contestar cite Radicado: **R-2022-26965** Id: **218121**
Folios: 1 Fecha: 2022-11-02 14:52:34 Anexos: 0
Copias:
Remitente: RUBIELA GIRALDO
Destinatario: SECRETARIA DE CULTURA
AUTORIZO a la Alcaldía de Fusagasugá, para utilizar los medios electrónicos como mecanismo de comunicación de conformidad de los previstos en los artículos 53,56 y 57 numeral primero de la ley 1437 de 2011.
SI__NO__Firma_____

DOCTOR.
CARLOS GARCIA
SECRETARIO DE CULTURA
ALCALDIA DE FUSAGASUGA.

Reciba cordial saludo y deseando éxito en el desarrollo de sus labores.

Reciba un cordial saludo, éxitos y bendiciones en el desarrollo de sus labores.
La Comunidad de Cuidado Hogar Nazareth Chinauta con la *FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR*, cuenta con una cobertura de 150 personas mayores en condición de vulnerabilidad social, quienes pertenecen al convenio 7455/2021 con la Secretaría Distrital de Integración Social bajo el proyecto 7770 "Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogotá cuidadora e Incluyente, Servicio integral de Bienestar y cuidado con personas mayores Modalidad Centro Comunidad de cuidado"; bajo éste lema y objeto social, quisiésemos invitarlo a vincularse en la jornada de actividad cultural con las personas mayores del Hogar Nazareth Chinauta a través de una muestra artística en danzas, el próximo viernes 18 de noviembre en horario de las 9:30 a.m. en las instalaciones físicas del Hogar, dando con ello apertura a la semana del buen trato.

Seguros de contar con su apoyo y en nombre de las personas mayores, el equipo interdisciplinario, y de la comunidad religiosa, agradecemos de antemano su valiosa atención y colaboración a la presente.

En espera de su pronta respuesta.

Cordialmente,

Rubiela Giraldo.
Coordinadora Comunidad de Cuidado Hogar Nazareth Chinauta.
Celular: 3202215253-3124165808

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR
Subdirección para la Vejez
Proyecto 7770 "Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogotá cuidadora e Incluyente"
Servicio integral de Bienestar y cuidado con personas mayores Modalidad Centro Comunidad de cuidado.
HOGAR NAZARETH CHINAUTA

Fusagasugá, Noviembre 4 de 2022.

SEÑORES:
EAPB NUEVA EPS
Fusagasugá.
E. S. D.

Asunto: Solicitud de afiliación y asignación de IPS primaria.

Cordial saludo,

Deseándoles éxitos en su labor, nos encontramos solicitando de su valiosa colaboración en el proceso de afiliación y asignación de IPS primaria de las personas mayores a continuación citadas y quienes se encuentran institucionalizadas en el Centro Comunidad de Cuidado Hogar Nazareth de Chinauta por su condición de vulnerabilidad. Cabe resaltar que ya se encuentran ubicadas en el listado censal del municipio de Fusagasugá.

#	NOMBRES Y APELLIDOS	# DOCUMENTO
1	JAIM GODFIED BROMETH ACEV	80068446
2	GLORIA SAAVEDRA CASTILLO	51555170
3	JAIRO MANRIQUE	11253643
4	ARMANDO PAEZ	19246708
5	CARLOS JULIO ESQUIVEL	3074379

Anexo copia del documento de identidad de cada una de las personas mayores referenciadas.

Agradezco de antemano su valiosa colaboración y gestión pertinente.

Sin otro particular,

Cordialmente,

Enca Portaguzdui
Promotor Integral Salud.
N. EPS. 7999

Rubiela Giraldo.
Coordinadora Comunidad de Cuidado Hogar Nazareth Chinauta.
Celular: 3124165808-3202215253

Powered by CamScanner

Trabajo Social Hogar Nazareth Chinauta <tsocialhn@tecnologicodelsur.edu.co>

Solicitud asistencia técnica frente al diligenciamiento del formato PAIIN.

Diana Marcela Ruíz Corredor <tsocialhn@tecnologicodelsur.edu.co> 8 de noviembre de 2022, 14:32
Para: pvelez@sdis.gov.co

Doctora Paula Vélez, reciba un cordial saludo:
Deseándole éxitos en su labor, nos encontramos solicitando de su valiosa colaboración en el agendamiento y realización de una asistencia técnica presencial al equipo interdisciplinario de la comunidad de cuidado Hogar Nazareth Chinauta, sobre el diligenciamiento del formato PAIIN, debido a la presencia de algunos vacíos en el momento de sistematizar la información del documento, agradecemos de antemano la atención prestada quedando atentos a su direccionamiento, dejando a disposición nuestro cronograma de actividades para la realización del encuentro.

Diana Ruiz
3124165808
Milena Castiblanco
3202215253

TRABAJADORAS SOCIALES
Hogar Nazareth Chinauta

Powered by CamScanner

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES | 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC | 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

Trabajo Social Hogar Nazareth Chinauta <tsocialhn@tecnologicodelsur.edu.co>

Solicitud asistencia técnica frente al diligenciamiento del formato PAIIN.

Paula Velez Torres <pvelez@sdis.gov.co> 8 de noviembre de 2022, 15:15
Para: Diana Marcela Ruíz Corredor <tsocialhn@tecnologicodelsur.edu.co>

Buenas tardes Diana, cordial saludo.

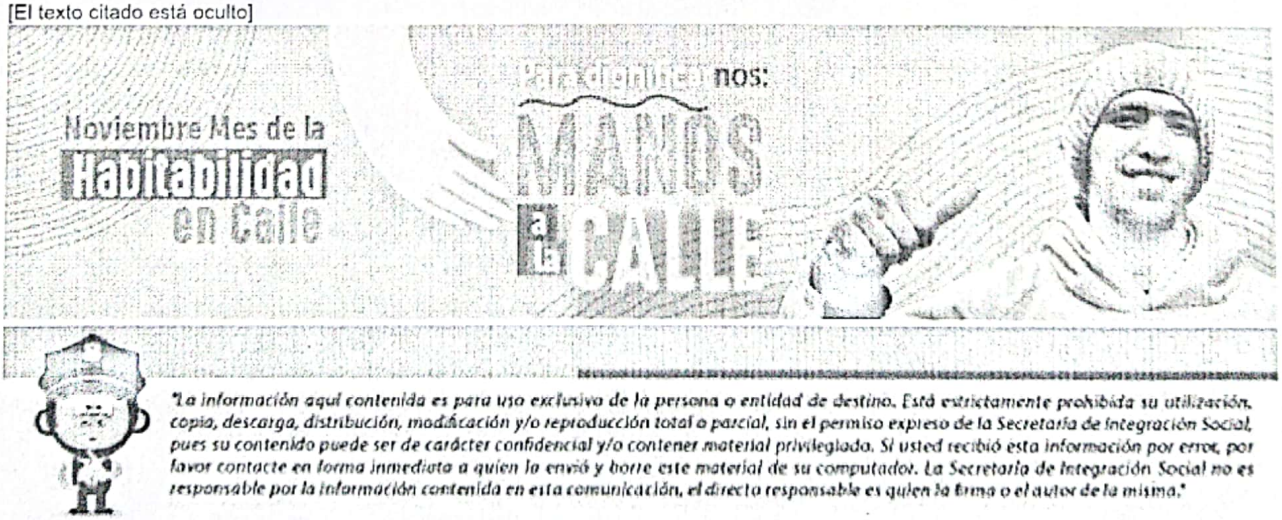
Te comento que se realizará una asistencia técnica en PAIIN el día 17 de noviembre, pero es para todos los centros. Será presencial, pero todavía se está buscando ubicación.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

Paula Vélez Torres
Equipo Técnico
Servicio Integral de Bienestar y Cuidado
Subdirección para la Vejez
Secretaría Distrital de Integración Social
Tel: 3208468296

De: Diana Marcela Ruíz Corredor <tsocialhn@tecnologicodelsur.edu.co>
Enviado: martes, 8 de noviembre de 2022 2:32 p. m.
Para: Paula Velez Torres <pvelez@sdis.gov.co>
Asunto: Solicitud asistencia técnica frente al diligenciamiento del formato PAIIN.

[El texto citado está oculto]



"La información aquí contenida es para uso exclusivo de la persona o entidad de destino. Está estrictamente prohibida su utilización, copia, descarga, distribución, modificación y/o reproducción total o parcial, sin el permiso expreso de la Secretaría de Integración Social, pues su contenido puede ser de carácter confidencial y/o contener material privilegiado. Si usted recibió esta información por error, por favor contacte en forma inmediata a quien la envió y borre este material de su computador. La Secretaría de Integración Social no es responsable por la información contenida en esta comunicación, el directo responsable es quien la firma o el autor de la misma."

Powered by CamScanner

Trabajo Social Hogar Nazareth Chinauta <tsocialhn@tecnologicodelsur.edu.co>

Envío listado censal Comunidad de cuidado Hogar Nazareth Chinauta.

Diana Marcela Ruíz Corredor <tsocialhn@tecnologicodelsur.edu.co> 8 de noviembre de 2022, 14:51
Para: jdsanchezr@sdis.gov.co

Cordial saludo, deseándole éxitos en su labor, nos encontramos solicitando de su valiosa colaboración en el retiro del listado censal a las personas mayores de la Comunidad de cuidado Hogar Nazareth Chinauta relacionadas en el formato a continuación a fin de retirarlas del listado censal de la ciudad de Bogotá, toda vez que ya fueron afiliadas a la EAPB Nueva EPS-S
en el municipio de Fusagasugá.
Agradecemos de antemano la atención prestada, quedando atentos a su direccionamiento.

Diana Ruiz
3124165808
Milena Castiblanco
3202215253

TRABAJADORAS SOCIALES
Hogar Nazareth Chinauta

FORMATO LISTADO CENSAL. BOGOTA..xlsx
22K

Powered by CamScanner

Trabajo Social Hogar Nazareth Chinauta <tsocialhn@tecnologicodelsur.edu.co>

Solicitud traslado de sub red, personas mayores Hogar Nazareth Chinauta.

Diana Marcela Ruíz Corredor <tsocialhn@tecnologicodelsur.edu.co> 9 de noviembre de 2022, 16:10
Para: casosespeciales@capitalsalud.gov.co

Cordial saludo:
Reciba un cordial saludo, éxitos y bendiciones en el desarrollo de sus labores.
La Comunidad de Cuidado Hogar Nazareth Chinauta con la *FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR*, cuenta con una cobertura de 150 personas mayores en condición de vulnerabilidad social, quienes pertenecen al convenio 7455/2021 con la Secretaría Distrital de Integración Social bajo el proyecto 7770 "Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogotá cuidadora e Incluyente, Servicio integral de Bienestar y cuidado con personas mayores Modalidad Centro Comunidad de cuidado"; bajo éste lema y objeto social, nos encontramos solicitando de valiosa colaboración en el traslado de subred a centro oriente de las personas mayores a continuación relacionadas:

#	NOMBRES Y APELLIDOS	# DOCUMENTO
1	JAIM GODFIED BROMETH ACEV	80068446
2	GLORIA SAAVEDRA CASTILLO	51555170
3	JAIRO MANRIQUE	11253643
4	ARMANDO PAEZ	19246708
5	CARLOS JULIO ESQUIVEL	3074379
6	ROSA MARÍA CABEZA	20308881

Agradecemos de antemano la atención prestada y su valiosa colaboración para hacer efectivo el traslado solicitado.

Diana Ruiz
3124165808
Milena Castiblanco
3202215253

TRABAJADORAS SOCIALES
Hogar Nazareth Chinauta

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR
Subdirección para la Vejez
Proyecto 7770 "Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogotá cuidadora e Incluyente"
Servicio integral de Bienestar y cuidado con personas mayores Modalidad Centro Comunidad de cuidado.
HOGAR NAZARETH CHINAUTA

Fusagasugá, Noviembre 9 de 2022.

Señores:
Capital Salud EPS-S.
Bogotá.
E. S. D.

Asunto: Solicitud autorización de traslado de EPS-S, persona mayor.

Cordial saludo:

Reciba un cordial saludo, éxitos y bendiciones en el desarrollo de sus labores.

La Comunidad de Cuidado Hogar Nazareth Chinauta con la *FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR*, cuenta con una cobertura de 150 personas mayores en condición de vulnerabilidad social, quienes pertenecen al convenio 7455/2021 con la Secretaría Distrital de Integración Social bajo el proyecto 7770 "Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogotá cuidadora e Incluyente, Servicio integral de Bienestar y cuidado con personas mayores Modalidad Centro Comunidad de cuidado"; bajo éste lema y objeto social, nos encontramos solicitando su colaboración para que sea efectivo el traslado a la EAPB Nueva EPS de las personas mayores a continuación relacionadas, por lo cual solicitamos por favor que sea efectiva la liberación de los cupos.

#	NOMBRES Y APELLIDOS	# DOCUMENTO
1	JAIM GODFIED BROMETH ACEV	80068446
2	GLORIA SAAVEDRA CASTILLO	51555170
3	JAIRO MANRIQUE	11253643
4	ARMANDO PAEZ	19246708
5	CARLOS JULIO ESQUIVEL	3074379
6	ROSA MARÍA CABEZA	20308881

Agradecemos de antemano la atención prestada y su valiosa colaboración para hacer efectivo el traslado solicitado.

Rubiela Giraldo
Coordinadora CPS Nazareth Chinauta.
Celular:3202215253.

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR
Subdirección para la Vejez
Proyecto 7770 "Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogotá cuidadora e Incluyente"
Servicio integral de Bienestar y cuidado con personas mayores Modalidad Centro Comunidad de cuidado.
HOGAR NAZARETH CHINAUTA

Fusagasugá, 15 noviembre de 2021

SEÑOR:
BENEDICTO GARCÍA BAQUERO.
E. S. D.

Asunto: Solicitud aporte en obsequio para bingo pro- persona mayor Hogar Nazareth Chinauta.

Reciba cordial saludo y deseando éxito en el desarrollo de sus labores.

La Comunidad de Cuidado Hogar Nazareth Chinauta con la *FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR*, cuenta con una cobertura de 150 personas mayores en condición de vulnerabilidad social, quienes pertenecen al convenio 7455/2021 con la Secretaría Distrital de Integración Social bajo el proyecto 7770 "Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogotá cuidadora e Incluyente, Servicio integral de Bienestar y cuidado con personas mayores Modalidad Centro Comunidad de cuidado"; bajo éste lema y objeto social, nos encontramos solicitando de su valiosa colaboración en la donación de un obsequio, el cual será destinado como premio para el bingo pro- fondos persona mayor, a realizar el día 18 de diciembre del cursante año; seguros de contar con su valiosa colaboración, en nombre de las personas mayores, el equipo interdisciplinario, y de la comunidad religiosa, quedamos atentos a su direccionamiento.

En espera de su pronta respuesta.

Cordialmente,

Rubiela Giraldo.
Coordinadora Comunidad de Cuidado Hogar Nazareth Chinauta.
Celular: 3202215253-3124165808

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR
Subdirección para la Vejez
Proyecto 7770 "Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogotá cuidadora e Incluyente"
Servicio integral de Bienestar y cuidado con personas mayores Modalidad Centro Comunidad de cuidado.
HOGAR NAZARETH CHINAUTA

Fusagasugá, 15 noviembre de 2021

SEÑORES:
MULTIASISTIR E. A.T.
E. S. D.

Asunto: Solicitud aporte en obsequio para bingo pro- persona mayor Hogar Nazareth Chinauta.

Reciba cordial saludo y deseando éxito en el desarrollo de sus labores.

La Comunidad de Cuidado Hogar Nazareth Chinauta con la *FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR*, cuenta con una cobertura de 150 personas mayores en condición de vulnerabilidad social, quienes pertenecen al convenio 7455/2021 con la Secretaría Distrital de Integración Social bajo el proyecto 7770 "Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogotá cuidadora e Incluyente, Servicio integral de Bienestar y cuidado con personas mayores Modalidad Centro Comunidad de cuidado"; bajo éste lema y objeto social, nos encontramos solicitando de su valiosa colaboración en la donación de un obsequio, el cual será destinado como premio para el bingo pro- fondos persona mayor, a realizar el día 18 de diciembre del cursante año; seguros de contar con su valiosa colaboración, en nombre de las personas mayores, el equipo interdisciplinario, y de la comunidad religiosa, quedamos atentos a su direccionamiento.

En espera de su pronta respuesta.

Cordialmente,

Rubiela Giraldo.
Coordinadora Comunidad de Cuidado Hogar Nazareth Chinauta.
Celular: 3202215253-3124165808

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR
Subdirección para la Vejez
Proyecto 7770 "Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogotá cuidadora e Incluyente"
Servicio integral de Bienestar y cuidado con personas mayores Modalidad Centro Comunidad de cuidado.
HOGAR NAZARETH CHINAUTA

Fusagasugá, 15 noviembre de 2021

SEÑORES:
GRUPO EXEQUIAL OBED.
E. S. D.

Asunto: Solicitud aporte en obsequio para bingo pro- persona mayor Hogar Nazareth Chinauta.

Reciba cordial saludo y deseando éxito en el desarrollo de sus labores.

La Comunidad de Cuidado Hogar Nazareth Chinauta con la *FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR*, cuenta con una cobertura de 150 personas mayores en condición de vulnerabilidad social, quienes pertenecen al convenio 7455/2021 con la Secretaría Distrital de Integración Social bajo el proyecto 7770 "Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogotá cuidadora e Incluyente, Servicio integral de Bienestar y cuidado con personas mayores Modalidad Centro Comunidad de cuidado"; bajo éste lema y objeto social, nos encontramos solicitando de su valiosa colaboración en la donación de un obsequio, el cual será destinado como premio para el bingo pro- fondos persona mayor, a realizar el día 18 de diciembre del cursante año; seguros de contar con su valiosa colaboración, en nombre de las personas mayores, el equipo interdisciplinario, y de la comunidad religiosa, quedamos atentos a su direccionamiento.

En espera de su pronta respuesta.

Cordialmente,

Rubiela Giraldo.
Coordinadora Comunidad de Cuidado Hogar Nazareth Chinauta.
Celular: 3202215253-3124165808

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR
Subdirección para la Vejez
Proyecto 7770 "Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogotá cuidadora e Incluyente"
Servicio integral de Bienestar y cuidado con personas mayores Modalidad Centro Comunidad de cuidado.
HOGAR NAZARETH CHINAUTA

20228420020796662

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
No RADICADO: 16 NOV 2022
FECHA: HORA: 15:47
RECIBIDO: Registro Bisum

Fusagasugá, 16 noviembre de 2022.

TENIENTE CORONEL
USUGA CORREA ANDRES FELIPE.
COMANDANTE BISUM 39.
Fusagasugá.

Asunto: Solicitud de acompañamiento del conjunto vallenato en encuentro de familias con las personas mayores del Hogar Nazareth Chinauta.

Reciba cordial saludo y deseando éxitos y bendiciones en el desarrollo de sus labores.
La Comunidad de Cuidado Hogar Nazareth Chinauta con la *FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR*, cuenta con una cobertura de 150 personas mayores en condición de vulnerabilidad social, quienes pertenecen al convenio 7455/2021 con la Secretaría Distrital de Integración Social bajo el proyecto 7770 "Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogotá cuidadora e Incluyente, Servicio integral de Bienestar y cuidado con personas mayores Modalidad Centro Comunidad de cuidado"; bajo éste lema y objeto social, quisiésemos que el Batallón de Infantería del Sumapaz se vinculara de manera directa con el proyecto y nos pudiese apoyar dentro de su proyección social con la presentación y acompañamiento del conjunto vallenato, en la actividad de encuentro de familias y personas mayores, que se llevará a cabo el día Domingo 18 de Diciembre del presente año a partir de las 1:00 pm, en las instalaciones del Hogar Nazareth Chinauta.

En nombre de las personas mayores, el equipo interdisciplinario, y de la comunidad religiosa, agradecemos de antemano su valiosa atención y colaboración a la presente.

Sin otro particular,

Cordialmente,

Rubiela Giraldo.
Coordinadora
Comunidad de Cuidado Hogar Nazareth Chinauta.
Celular: 3202215253 / 3124165808

Powered by CamScanner

Fusagasugá, 16 de Noviembre de 2022

AU. EXT. 1431

Señores
HOGAR NAZARETH
La ciudad

ASUNTO: RESPUESTA QUEJA HOS-QUE-PAG-807

Cordial saludo,
En Atención a la **P.Q.R.S,** interpuesta por el Hogar Nazareth referente a la atención del paciente Carlos Alberto Badillo identificado con el documento número 80.864.655 me permito informar que:

Después de revisar y analizar lo expuesto en su queja con respecto a la atención prestada, me permito manifestar que dentro de las políticas institucionales, se ha establecido un proceso de humanización de la atención en salud, trabajando día a día para prestar un servicio cálido, efectivo y oportuno, con talento humano competente, con el fin de satisfacer las necesidades de los usuarios que son atendidos en todas las áreas de la Empresa.

Atendiendo a la solicitud y siguiendo el conducto regular, el caso fue analizado conforme a lo establecido en el Manual de reporte, gestión y análisis de eventos adversos, incidentes e indicios de atención insegura, mediante la herramienta denominada PROTOCOLO DE LONDRES, la cual nos permitió establecer que, lo descrito por el peticionario, no corresponde a un evento adverso atribuido a la E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá, teniendo en cuenta que la ulcera presentada no se genera durante la hospitalización, así mismo, existe una valoración de riesgo donde se evidencian estrategias realizadas con respecto al cuidado del usuario.

Agradecemos su solicitud instaurada, toda vez que se convierte en una oportunidad para realizar mejora continua a nuestros procesos.

MIRIAM GIOVANNA GAONA
Líder de Sistema de Información y Atención al Usuario

Copia: Seguridad del Paciente
Nº de folios: Una (1)
Anexos: 0
Elaboró: Jefe Darío Valderrama
Reviso: Miriam Giovanna Gaona

Powered by CamScanner

Trabajo Social Hogar Nazareth Chinauta <tsocialhn@tecnologicodelsur.edu.co>

Instauración de queja Hogar Nazareth Chinauta

Servicioalusuario Fusagasuga <servicioalusuario@hospitaldefusagasuga.gov.co> 17 de noviembre de 2022, 8:25
Para: "tsocialhn@tecnologicodelsur.edu.co" <tsocialhn@tecnologicodelsur.edu.co>

Buenos días

De acuerdo al correo que antecede envió respuesta a su pqr

Cordialmente,
Miriam Giovanna Gaona
Líder SIAU

De: Trabajosocial Fusagasuga <trabajosocial@hospitaldefusagasuga.gov.co>
Enviado: martes, 27 de septiembre de 2022 11:44
Para: Servicioalusuario Fusagasuga <servicioalusuario@hospitaldefusagasuga.gov.co>
Asunto: RV: Instauración de queja Hogar Nazareth Chinauta

De: Diana Marcela Ruíz Corredor <tsocialhn@tecnologicodelsur.edu.co>
Enviado: viernes, 23 de septiembre de 2022 12:33
Para: asistentegerencia Hospital de Fusagasuga <asistentegerencia@hospitaldefusagasuga.gov.co>; Trabajosocial Fusagasuga <trabajosocial@hospitaldefusagasuga.gov.co>
Asunto: Instauración de queja Hogar Nazareth Chinauta

[El texto citado está oculto]

Respuesta 807.pdf
358K

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR
Subdirección para la Vejez
Proyecto 7770 "Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogotá cuidadora e Incluyente"
Servicio integral de Bienestar y cuidado con personas mayores Modalidad Centro Comunidad de cuidado.
HOGAR NAZARETH CHINAUTA

ALCALDIA DE FUSAGASUGA

Al Contestar cite Radicado: **R-2022-28177** Id: **220933**
Folios: 1 Fecha: 2022-11-17 14:19:23 Anexos: 0
Copias:
Remitente: FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR HOGAR NAZARETH CHINAUTA
Destinatario: OFICINA DE TURISMO
AUTORIZO a la Alcaldía de Fusagasugá, para utilizar los medios electrónicos como mecanismo de comunicación de conformidad de los previstos en los artículos 53,56 y 57 numeral primero de la ley 1437 de 2011.
SI__NO__Firma_____

Chinauta, 17 noviembre de 2022.

DOCTORA:
HINGRY JOHANNA HERNANDEZ MUÑOZ.
OFICINA DE TURISMO.
FUSAGASUGÁ
E. S. D.

Asunto: Solicitud préstamo de carpas para encuentro de familias Hogar Nazareth Chinauta.

Reciba cordial saludo y deseando éxitos y bendiciones en el desarrollo de sus labores.

El Centro Comunidad de cuidado Hogar Nazareth Chinauta con la *FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR*, cuenta con cobertura de 150 personas mayores en condición de vulnerabilidad social quienes pertenecen al convenio 7455/2021 con la Secretaría Distrital de Integración Social con el proyecto 7770 "Compromiso con el Envejecimiento Activo y una Bogotá Ciudadana e Incluyente", por ello, y conociendo su espíritu de servicio y apoyo a las actividades encaminadas al bienestar de la comunidad, me permito hacerla partícipe en el cumplimiento de los objetivos propuestos en la realización de la actividad de encuentro de familias que se llevará a cabo el día Domingo 18 de Diciembre del presente año y para lo cual solicitamos su apoyo muy respetuosamente a través del préstamo de diez carpas para la fecha anteriormente citada, donde al ser positiva su respuesta éstas serían recogidas entre los días 15-16 de diciembre y su devolución entre 21 y/o 22 del mismo mes.
Agradecemos de antemano la tención prestada quedando atentos a su direccionamiento.

En nombre de las personas mayores, el equipo interdisciplinario, y de la comunidad religiosa, agradecemos de antemano su valiosa atención y colaboración a la presente.

Cordialmente,

Rubiela Giraldo.
Coordinadora
Comunidad de Cuidado Hogar Nazareth Chinauta.
Celular: 3202215253-3124165808

Powered by CamScanner

Trabajo Social Hogar Nazareth Chinauta <tsocialhn@tecnologicodelsur.edu.co>

Solicitud de traslado EAPB personas mayores.

Kevin Andres Suarez Rozo <tecnico.operaciones2@capitalsalud.gov.co> 21 de noviembre de 2022, 9:39
Para: "tsocialhn@tecnologicodelsur.edu.co" <tsocialhn@tecnologicodelsur.edu.co>

Buen día,

Reciba en nombre de Capital Salud E.P.S. un cordial saludo, en atención a la comunicación recibida y radicada en esta entidad, mediante el cual nos solicita la desvinculación de la EPS, para su caso, atentamente le informo:

En el caso concreto se informa que los usuarios no presentan a la fecha proceso de traslado con ninguna otra EPS.

Quedamos a la espera de la solicitud a través del proceso de traslados definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, la respectiva solicitud de la EPS donde actualmente requiere de la afiliación, con el fin de realizar la gestión con la entidad, basados en la normatividad vigente, contenida en el decreto 780 de 2016.

Agradecemos la confianza depositada y esperamos poder servirle nuevamente.

Cordialmente

Kevin Suarez

Técnico

CAPITAL SALUD EPS-S

Carrera 30 # 73-36 Piso 2°

Tecnico.operaciones2@capitalsalud.gov.co

De: Andrea Perez Vigoya
Enviado el: miércoles, 9 de noviembre de 2022 16:54
Para: Kevin Andres Suarez Rozo <tecnico.operaciones2@capitalsalud.gov.co>
Asunto: RV: Solicitud de traslado EAPB personas mayores.

psg

Powered by CamScanner

Cordialmente

ANDREA PEREZ VIGOYA

Coordinadora de Operaciones

Teléfono 3389650 Ext 7201

Coordinador.operaciones@capitalsalud.gov.co

www.capitalsalud.gov.co

Declaracion de Privacidad

La información contenida en este correo electrónico, así como en cualquiera de sus archivos adjuntos, es confidencial y reservada, está dirigida exclusivamente a él o los destinatarios indicados. Cualquier uso, reproducción, divulgación o distribución por otras personas distintas de él o los destinatarios está estrictamente prohibida. Si ha recibido este correo por error, por favor notifíquelo inmediatamente al remitente y bórrelo de su sistema sin dejar copia del mismo. CAPITAL SALUD EPS-S no acepta responsabilidad alguna por cualquier pérdida o daño como consecuencia, directa o indirecta, del uso indebido de este e-mail o de los archivos adjuntos al mismo.

Privacy Statement

The information contained in this email, as well as in any of its attached files, is confidential and reserved, is directed exclusively to him or the indicated recipients. Any use, reproduction, disclosure or distribution by others other than himself or the recipients is strictly prohibited. If you have received this email in error, please notify the sender immediately and delete it from your system without leaving a copy of it. CAPITAL SALUD EPS-S does not accept any responsibility for any loss or damage as a consequence, direct or indirect, of the improper use of this e-mail or of the files attached to it.

De: CAROLINA YAMILE TELLEZ SANCHEZ <casosespeciales@capitalsalud.gov.co>
Enviado el: miércoles, 9 de noviembre de 2022 16:33
Para: Andrea Perez Vigoya <coordinador.operaciones@capitalsalud.gov.co>
Asunto: RV: Solicitud de traslado EAPB personas mayores.

Buen día, Andrea , agradezco tu colaboración

Atenta a comentarios

YAMILE TELLEZ SANCHEZ

Profesional de Casos Especiales –Referente Poblacion Especial

Dirección Servicio Al Cliente

Sucursal Bogotá

Powered by CamScanner

3242303377

Casosespeciales@capitalsalud.gov.co

www.capitalsalud.gov.co

CAPITAL SALUD EPS

[El texto citado está oculto]

Declaración de Privacidad La información contenida en este correo electrónico, así como en cualquiera de sus archivos adjuntos, es confidencial y reservada, está dirigida exclusivamente a él o los destinatarios indicados. Cualquier uso, reproducción, divulgación o distribución por otras personas distintas de él o los destinatarios está estrictamente prohibida. Si ha recibido este correo por error, por favor notifíquelo inmediatamente al remitente y bórrelo de su sistema sin dejar copia del mismo. CAPITAL SALUD EPS-S no acepta responsabilidad alguna por cualquier pérdida o daño como consecuencia, directa o indirecta, del uso indebido de este e-mail o de los archivos adjuntos al mismo. Privacy Statement The information contained in this email, as well as in any of its attached files, is confidential and reserved, is directed exclusively to him or the indicated recipients. Any use, reproduction, disclosure or distribution by others other than himself or the recipients is strictly prohibited. If you have received this email in error, please notify the sender immediately and delete it from your system without leaving a copy of it. CAPITAL SALUD EPS-S does not accept any responsibility for any loss or damage as a consequence, direct or indirect, of the improper use of this e-mail or of the files attached to it.

Declaración de Privacidad La información contenida en este correo electrónico, así como en cualquiera de sus archivos adjuntos, es confidencial y reservada, está dirigida exclusivamente a él o los destinatarios indicados. Cualquier uso, reproducción, divulgación o distribución por otras personas distintas de él o los destinatarios está estrictamente prohibida. Si ha recibido este correo por error, por favor notifíquelo inmediatamente al remitente y bórrelo de su sistema sin dejar copia del mismo. CAPITAL SALUD EPS-S no acepta responsabilidad alguna por cualquier pérdida o daño como consecuencia, directa o indirecta, del uso indebido de este e-mail o de los archivos adjuntos al mismo. Privacy Statement The information contained in this email, as well as in any of its attached files, is confidential and reserved, is directed exclusively to him or the indicated recipients. Any use, reproduction, disclosure or distribution by others other than himself or the recipients is strictly prohibited. If you have received this email in error, please notify the sender immediately and delete it from your system without leaving a copy of it. CAPITAL SALUD EPS-S does not accept any responsibility for any loss or damage as a consequence, direct or indirect, of the improper use of this e-mail or of the files attached to it.

Declaración de Privacidad La información contenida en este correo electrónico, así como en cualquiera de sus archivos adjuntos, es confidencial y reservada, está dirigida exclusivamente a él o los destinatarios indicados. Cualquier uso, reproducción, divulgación o distribución por otras personas distintas de él o los destinatarios está estrictamente prohibida. Si ha recibido este correo por error, por favor notifíquelo inmediatamente al remitente y bórrelo de su sistema sin dejar copia del mismo. CAPITAL SALUD EPS-S no acepta responsabilidad alguna por cualquier pérdida o daño como consecuencia, directa o indirecta, del uso indebido de este e-mail o de los archivos adjuntos al mismo. Privacy Statement The information contained in this email, as well as in any of its attached files, is confidential and reserved, is directed exclusively to him or the indicated recipients. Any use, reproduction, disclosure or distribution by others other than himself or the recipients is strictly prohibited. If you have received this email in error, please notify the sender immediately and delete it from your system without leaving a copy of it. CAPITAL SALUD EPS-S does not accept any responsibility for any loss or damage as a consequence, direct or indirect, of the improper use of this e-mail or of the files attached to it.

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR
Subdirección para la Vejez
Proyecto 7770 "Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogotá cuidadora e Incluyente"
Servicio integral de Bienestar y cuidado con personas mayores Modalidad Centro Comunidad de cuidado.
HOGAR NAZARETH CHINAUTA

Fusagasugá, 22 noviembre de 2022

CORONEL
SANDRA LILIANA RODRIGUEZ CASTRO.
DIRECTORA ESCUELA DE POLICIA PROVINCIA DEL SUMAPAZ.
Fusagasugá.

Asunto: Solicitud préstamo de carpas para el encuentro de Familias y las personas mayores del Hogar Nazareth Chinauta.

Reciba cordial saludo y deseando éxitos y bendiciones en el desarrollo de sus labores.
La Comunidad de Cuidado Hogar Nazareth Chinauta con la *FUNDACIÓN INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL SUR*, cuenta con una cobertura de 150 personas mayores en condición de vulnerabilidad social, quienes pertenecen al convenio 7455/2021 con la Secretaría Distrital de Integración Social bajo el proyecto 7770 "Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogotá cuidadora e Incluyente, Servicio integral de Bienestar y cuidado con personas mayores Modalidad Centro Comunidad de cuidado"; bajo éste lema y el objeto social, nos gustaría que la Escuela de Policía provincia del Sumapaz "Intendente Maritza Bonilla Ruíz" se vinculara de manera directa con el proyecto y nos pudiese apoyar dentro de sus actividades de proyección social con el préstamo de carpas disponibles por la Escuela, para de la Fiesta de Familias que se llevará a cabo el día Domingo 18 de Diciembre del presente año, en las instalaciones del Hogar Nazareth Chinauta, de ser positiva su respuesta desde el hogar recogeríamos las carpas el día 15 del mismo mes y las devolveríamos el día 21.

En nombre de las personas mayores, el equipo interdisciplinario, y de la comunidad religiosa, agradecemos de antemano su valiosa atención y colaboración a la presente.

Sin otro particular,

Cordialmente,

POLICÍA NACIONAL
ESCUELA DE POLICÍA
PROVINCIA DE SUMAPAZ
INTENDENTE MARITZA BONILLA RUIZ
No 000463 Hora 08:09
Fecha: 29 11 2022
Recibido por:
Oficina de radicación:

Rubiela Giraldo.
Coordinadora
Comunidad de Cuidado Hogar Nazareth Chinauta.
Celular: 3202215253 / 3124165808.

Powered by CamScanner

* 0 1 B 1 5 4 8 4 5 3 2 *

* 0 1 0 9 4 2 5 6 9 2 *

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN ☐ B. REPORTE DE NOVEDADES ☐	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☑ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	C. Contributivo ☐ S. Subsidiado ☑

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante ☐ CF Cabeza de Familia ☑ BE Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ D. Independiente por prestación de servicio ☐		04 Nov 2022

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: Brometh	SEGUNDO APELLIDO: Arev	PRIMER NOMBRE: Jaim	SEGUNDO NOMBRE: Godnied

7. TIPO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
R.C. ☐ T.I. ☐ C.C. ☒ C.E. ☐ P.A. ☐ C.D. ☐ S.C. ☐ P.E. ☐	80.068.116	F ☐ M ☒	DÍA 05 MES 12 AÑO 1966

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO	Código	12. DISCAPACIDAD	Tipo	Condición	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
			F / N / M	T / P		36	

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
		Km 67. Vda Helgar.		

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA U. ☐ R. ☒	TELÉFONO FIJO
Tarqui	Cundinamarca		

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
3106532117	fsandatha@tecnologiadelsuroeste.edu.co	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE: JDA. 8000	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	CÓDIGO IPS
T.I. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ C.D. ☐ P.E. ☐		F ☐ M ☐	DÍA MES AÑO	

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F	27. SEXO M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo F / N / M	31. DISCAPACIDAD Condición T / P
1		CN RC TI CC CE PA SC PE									☐ ☐ ☐	☐ ☐
2		CN RC TI CC CE PA SC PE									☐ ☐ ☐	☐ ☐
3		CN RC TI CC CE PA SC PE									☐ ☐ ☐	☐ ☐
4		CN RC TI CC CE PA SC PE									☐ ☐ ☐	☐ ☐

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO Cobertura Geográfica	Unificación Grupo Familiar	Cumplimiento Tiempo por Cesión	Servicio Avalado por SNS	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. ☐ U. ☐									I. ☐ II. ☐	
2			R. ☐ U. ☐									I. ☐ II. ☐	
3			R. ☐ U. ☐									I. ☐ II. ☐	
4			R. ☐ U. ☐									I. ☐ II. ☐	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad C.C. / C.E. / P.A. / C.D. / N.I. / P.E.	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	DÍA	MES	AÑO	CARGO	SALARIO

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACION ☐
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS ☐
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐ Código ☐
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐
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 LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO ☐
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐
13. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO ☐ B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO ☐
14. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN ☐ B) DIFERENTE RÉGIMEN ☐
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO ☐
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCION AL CESANTE ☐
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO ☐
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	R.C. ☐ T.I. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ C.D. ☐ S.C. ☐ P.E. ☐	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO F ☐ M ☐	FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de) DÍA MES AÑO	43. EPS ANTERIOR Código	44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO Cobertura Geográfica ☐ Unificación Grupo Familiar ☐ Cumplimiento Tiempo por Cesión ☐ Servicio Avalado por SNS ☐	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ ☐

desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. ☐
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad ☐
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐
50. 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. ☐
51. 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. ☐
52. 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. ☐
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☐

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

X. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PE ☐ Cantidad: Total ☐

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐
59. 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. ☐
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐
62. 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. ☐
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐
65. 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 ☐

A. MT 806178 A2/5 TEL 4301910

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 15484533

0109429693

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]

2. TIPO DE AFILIACIÓN
A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN
C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [X]

4. TIPO DE AFILIADO
CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [X] BE Beneficiario [ ]

5. TIPO DE COTIZANTE
A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ]

CÓDIGO

FECHA DE LA SOLICITUD DÍA 04 MES 05 AÑO 2019

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO Cancelica SEGUNDO APELLIDO Castillo PRIMER NOMBRE Gloria SEGUNDO NOMBRE

7.TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ] P.E. [ ]

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 51.555.120

9. SEXO F [X] M [ ]

10. FECHA NACIMIENTO DÍA 05 MES 05 AÑO 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO Código [ ]

12. DISCAPACIDAD Tipo F [ ] N [ ] M [ ] Condición T [ ] P [ ]

13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN

14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL 16

15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES

17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC

18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Km67 via Melgar - Chircal

LOCALIDAD / COMUNA

BARRIO

CIUDAD / MUNICIPIO Icononzo

DEPARTAMENTO

ZONA U. [ ] R. [ ]

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO MÓVIL 3106753217

CORREO ELECTRÓNICO [illegible]

CÓDIGO IPS 5[illegible]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

20.TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ]

21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

22. SEXO F [ ] M [ ]

23. FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO

CÓDIGO IPS

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F	27. SEXO M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	Condición
1		CN RC TI CC CE PA SC PE									F. N. M.	T. P.
2		CN RC TI CC CE PA SC PE									F. N. M.	T. P.
3		CN RC TI CC CE PA SC PE									F. N. M.	T. P.
4		CN RC TI CC CE PA SC PE									F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO COBERTURA GEOGRÁFICA	UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR	CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN	SERVICIO AVALADO POR EPS	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social

36. Tipo documento de identidad C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] N.I. [ ] P.E. [ ]

37. Número documento de identidad

DV

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN

CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRONICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL DÍA | MES | AÑO

CARGO

SALARIO

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
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 LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
    A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
    B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
    A) MISMO RÉGIMEN [ ]
    B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ] P.E. [ ]

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

SEXO F [ ] M [ ]

FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de) DÍA | MES | AÑO

43. EPS ANTERIOR Código

44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO COBERTURA GEOGRÁFICA [ ] UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN [ ] SERVICIO AVALADO POR EPS [ ]

45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ [ ]
desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. 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. [ ]
51. 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. [ ]
52. 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. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. 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. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. 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. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]

Powered by CamScanner

COLOMBIA
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 15484534

0109429694

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [X]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [X] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ]		DÍA MES AÑO

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: Monroy	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE: Jairo	SEGUNDO NOMBRE:

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E.	11253643	F M	DÍA MES AÑO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO	Código	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
		Tipo F N M Condición T P			

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
		Km 69 Vía Bosque - Melgar		

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO FIJO
Fusagasuga	Cundinamarca	U. [ ] R. [X]	

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
3106753207	jairomonroy@conductorcolombia.com	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	CÓDIGO IPS
T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. P.E.		F M	DÍA MES AÑO	

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo F N M / Condición T P
1		CN RC TI CC CE PA SC PE						F N M T P
2		CN RC TI CC CE PA SC PE						F N M T P
3		CN RC TI CC CE PA SC PE						F N M T P
4		CN RC TI CC CE PA SC PE						F N M T P

	32. DATOS DE RESIDENCIA				33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO				NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
	Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil			COBERTURA GEOGRÁFICA	UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR	CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN	SERVICIO AVALADO POR SNS		
1			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
	C.C. C.E. P.A. C.D. N.I. P.E.			

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	DÍA	MES	AÑO	CARGO	SALARIO

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
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 LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO
R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E.		F M	DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR	44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO	Código	COBERTURA GEOGRÁFICA [ ] UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN [ ] SERVICIO AVALADO POR SNS [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____ [ ]

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. 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. [ ]
51. 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. [ ]
52. 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. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PE	Total
Cantidad:	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. 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. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. 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. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la [illegible]

Powered by CamScanner

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 15484535

REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

0109429695

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE — A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

2. TIPO DE AFILIACIÓN — A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN — C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [X]

4. TIPO DE AFILIADO — CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [X] BE Beneficiario [ ]

5. TIPO DE COTIZANTE — A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ]

CÓDIGO

FECHA DE LA SOLICITUD — DÍA 08 MES 10 AÑO 2022

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: [illegible] SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: Amardo SEGUNDO NOMBRE:

7.TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ] P.E. [ ]

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 19246208

9. SEXO F [X] M [ ]

10. FECHA NACIMIENTO DÍA 08 MES 10 AÑO 1963

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO Código [ ]

12. DISCAPACIDAD Tipo F [ ] N [ ] M [ ] Condición T [ ] P [ ]

13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN

14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL 16

15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES

17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC

18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Cra 69 via Parque Melga

CIUDAD / MUNICIPIO Barranquilla

DEPARTAMENTO Atlantico

LOCALIDAD / COMUNA Chiquinquira

BARRIO

ZONA U. [ ] R. [X]

TELÉFONO MÓVIL 3106253814

CORREO ELECTRÓNICO [illegible]

TELÉFONO FIJO

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

20.TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ]

21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

22. SEXO F [ ] M [ ]

23. FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO

CÓDIGO IPS

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F	27. SEXO M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	Condición
1		CN RC TI CC CE PA SC PE									F. N. M.	T. P.
2		CN RC TI CC CE PA SC PE									F. N. M.	T. P.
3		CN RC TI CC CE PA SC PE									F. N. M.	T. P.
4		CN RC TI CC CE PA SC PE									F. N. M.	T. P.

32. DATOS DE RESIDENCIA

	Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO COBERTURA GEOGRÁFICA	UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR	CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN	SERVICIO AVALADO POR EPS	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social

36. Tipo documento de identidad — C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] N.I. [ ] P.E. [ ]

37. Número documento de identidad

DV

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN

CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL — DÍA | MES | AÑO

CARGO

SALARIO

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
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 LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
    A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
    B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
    A) MISMO RÉGIMEN [ ]
    B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ] P.E. [ ]

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

SEXO F [ ] M [ ]

FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de) DÍA | MES | AÑO

43. EPS ANTERIOR Código

44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO — COBERTURA GEOGRÁFICA [ ] UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN [ ] SERVICIO AVALADO POR SNS [ ]

45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____ [ ]

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. 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. [ ]
51. 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. [ ]
52. Autorización para que la EPS manejo 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. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] Cantidad: Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. 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. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. 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. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. 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. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial — Código del departamento | Código del Municipio

67. Datos del SISBÉN — Número de ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de radicación DÍA MES AÑO

69. Fecha de validación DÍA MES AÑO

Powered by CamScanner

Ministerio de Salud y Protección Social
"Por la cual se crea el Régimen Subsidiado"

01 B 15484636

FORMULARIO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

0109429696

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRAMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [X]

4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [X] BE Beneficiario [ ]

5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ]

CÓDIGO

FECHA DE LA SOLICITUD (DÍA / MES / AÑO)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: [illegible] | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE: Julio

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 3004.379.

9. SEXO: F [ ] M [X]

10. FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÚNICO: Código

12. DISCAPACIDAD: Tipo: F [ ] N [ ] M [ ] Condición: T [ ] P [ ]

13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN

14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: 16

15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES

17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC

18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: [illegible]

CIUDAD / MUNICIPIO: [illegible]

DEPARTAMENTO

LOCALIDAD / COMUNA

BARRIO

TELÉFONO MÓVIL: [illegible]

CORREO ELECTRÓNICO: [illegible]

ZONA U. [ ] R. [ ]

TELÉFONO FIJO

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

22. SEXO: F [ ] M [ ]

23. FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO

CÓDIGO IPS

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F	27. SEXO M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1		CN RC TI CC CE PA SC PE									F. N. M.	T. P.
2		CN RC TI CC CE PA SC PE									F. N. M.	T. P.
3		CN RC TI CC CE PA SC PE									F. N. M.	T. P.
4		CN RC TI CC CE PA SC PE									F. N. M.	T. P.

32. DATOS DE RESIDENCIA

	Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: COBERTURA GEOGRÁFICA	UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR	CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN	SERVICIO AVALADO POR SNS	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]									I. II.	
2			R. [ ] U. [ ]									I. II.	
3			R. [ ] U. [ ]									I. II.	
4			R. [ ] U. [ ]									I. II.	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razon Social

36. Tipo documento de identidad: C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] N.I. [ ] P.E. [ ]

37. Número documento de Identidad

DV

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN

CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DÍA / MES / AÑO

CARGO

SALARIO

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
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 LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD [ ]
    A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
    B) AL REGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO [ ]
    A) MISMO RÉGIMEN [ ]
    B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ] P.E. [ ]

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

SEXO: F [ ] M [ ]

FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO

42. FECHA (a partir de): DÍA / MES / AÑO

43. EPS ANTERIOR Código

44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: COBERTURA GEOGRÁFICA [ ] UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN [ ] SERVICIO AVALADO POR SNS [ ]

45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. 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.
51. 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.
52. 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.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. 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.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. 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.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Powered by CamScanner