

No. De Radicado

Fecha de Radicado
3 0 0 4 2 0 2 6

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		2. Tipo de afiliación A. Individual : - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ D. De oficio ☐ C. Institucional ☐		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐		4. Contribución solidaria si ☐ no ☐	
5. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐				6. Tipo de cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		7. Código (a registrar por la EPS)	

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

8. Apellidos y nombres Primer apellido: IGUA Segundo apellido: JOJOA		Primer nombre: YOJAN Segundo nombre: ALEXANDER	
9. Tipo de documento de identidad CC		10. Número del documento de identidad 1080051701	
11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒		12. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☒ Transexual ☐ No Binario ☐ Otro ☐ Cual	
13. Nacionalidad COLOMBIANO		14. Lugar de nacimiento País: COLOMBIA Departamento: NARINO Municipio: PASTO	
15. Fecha de nacimiento 1 1 0 2 2 0 0 8			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia 6		17. Comunidad		18. Discapacidad SI ☐ NO ☒ Categoría de discapacidad:	
19. Tiene encuesta SISBÉN SI ☐ NO ☒		20. Clasificación SISBÉN Nivel: Grupo:		21. Grupo de población especial	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL POSITIVA		23. Administradora de Pensiones PORVENIR		24. Ingreso base de cotización - IBC \$1.750.905	
25. Tarifa Contribución Solidaria					
26. Residencia Dirección: Corregimiento la Laguna		Teléfono fijo:		Teléfono celular: 3174189679	
Departamento: NARIÑO Municipio/ Distrito: PASTO		Localidad/Comuna:		Correo electrónico: utconstruccionesciviles@gmail.com	
Zona:		Cabecera Municipal ☒ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante					
27. Apellidos y nombres Primer apellido: Segundo apellido: Primer nombre: Segundo nombre:					
28. Tipo de documento de identidad		29. Número del documento de identidad		30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	
31. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ Transexual ☐ No Binario ☐ Otro ☐ Cual		32. Nacionalidad			
País: Departamento: Municipio:		33. Lugar de nacimiento D D M M A A A A			

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

35. Apellidos y nombres Primer apellido: Segundo apellido: Primer nombre: Segundo nombre:					
36. Tipo de documento de identidad		37. Número del documento de identidad		38. Nacionalidad	
39. Sexo biológico Femenino Masculino		40. Sexo identificación F M T NB otro cual		41. Lugar de nacimiento País: Departamento: Municipio:	
42. Fecha de nacimiento Día Mes Año					

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

Departamento: Municipio/ Distrito:		Cabecera Municipal: Centro Poblado: Rural disperso: Resto Rural:		Teléfono fijo y/o celular:		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
Dirección:		Localidad/Comuna:		Correo Electrónico:			
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

C:		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
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 UNION TEMPORAL CONSTRUCCIONES CIVILES		56. Tipo de documento de identificación NIT		57. Número del documento de identificación 901.992.337-0		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) DEPENDIENTE	
59. Ubicación CRA 34 13 91 BARRIO LAS COLINAS		3205117706		Correo electrónico: utconstru		Departamento: PUTUMAYO Municipio/ Distrito: PUERTO ASIS	

60. Tipo de Novedad																					
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identificación. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/>		☐ 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. Inscripción EPS retorno al país. ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen																			
		☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia. ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado. ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado. ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria. ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.																			
VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD																					
61. Datos básicos de identificación Primer apellido: IGUA Segundo apellido: JOJOA Primer nombre: YOJAN Segundo nombre: ALEXANDER																					
Tipo de documento de identidad: CC Número del documento de identidad: 1080051701	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒	63. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☒ Transexual ☐ No Binario ☐ Otro ☐ Cual	64. Fecha de nacimiento <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 1 1 0 2 2 0 0 8 </div>																		
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 3 1 0 1 0 4 2 1 0 2 1 6 </div>	67. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones																		
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES																					
☒ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☒ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☒ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☒ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☒ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.		☒ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☒ 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. ☒ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☒ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. ☒ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.																			
VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA																					
79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria																					
Apellidos y nombres:		Segundo apellido:																			
Primer apellido:		Primer nombre:																			
Tipo de documento de identidad:		Segundo nombre:																			
Número del documento de identidad:																					
IX. FIRMAS																					
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional <div style="text-align: center; font-family: cursive;">Yohan Iguaza</div>		81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio <div style="text-align: center; font-family: cursive;">[Firma]</div>																			
X. ANEXOS																					
82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos:		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>CN</td><td>RC</td><td>TI</td><td>CC</td><td>PA</td><td>CE</td><td>CD</td><td>SC</td><td>PT</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT				1					
CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT													
			1																		
☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.		☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. Total Anexos 1																			
XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL																					
92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio: <input type="text"/> Código del departamento: <input type="text"/>		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 Segundo apellido:		Primer nombre:																			
Primer apellido:		Segundo nombre:																			
Tipo documento de identidad:		95. Firma del funcionario																			
Número del documento de identidad:																					
96. fecha de radicación <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> D D M M A A A A </div>		97. Fecha de validación <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> D D M M A A A A </div>																			
OBSERVACIONES:																					
Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario																					

FUNCIONARIO DE EMSSANAR EPS:

Para dar cumplimiento a la Resolución 00229 de febrero de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud, es necesario realizar el siguiente cuestionario como soporte de la entrega de la presente "Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño":

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

Sí ☒ NO ☐

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño en donde se le presenta de manera clara su puesto en el Ranking de Satisfacción del Ministerio de Salud?

Sí ☒ NO ☐

¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

Sí ☒ NO ☐

¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?

Sí ☒ NO ☐

Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS?

Sí ☒ NO ☐

En constancia se firma el día 30 mes 04 año 2026

Municipio PASTO Departamento NARIÑO

Firma del Afiliado Johan Iguaz o Huella del Afiliado



Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento de este formato lo efectuará un tercero a quien él ruegue; lo que deberá ser ratificado por el afiliado a través de la imposición de su huella.

Firma a ruego

Nombre: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Domicilio: _____

Funcionario de **Emssanar EPS**: Este documento debe ser diligenciado con el afiliado al momento de recibir una Carta de Derechos y Deberes; una vez diligenciado se debe almacenar en una carpeta y tener listo para presentación ante los entes de vigilancia y control.

Vigilado