Lugar	*Comunidad de Cuidado Hogar San José Saramita*
Fecha	*31/07/2026 8:00 am – 8:30 am*
Tema	*Reporte de Coordinación con Instituciones*
Desarrollo	*DESARROLLO:* 1. ***Objetivo:*** *Fortalecer la cooperación y la colaboración inter institucional con entidades del sector público y privado para la prestación del servicio a las personas mayores durante el período reportado.* 2. ***Introducción:*** *La coordinación institucional es fundamental para garantizar la atención integral y está centrada en las necesidades de las personas mayores en la Comunidad de Cuidado. En el contexto donde los desafíos del envejecimiento son cada más complejos, la coordinación interinstitucional se convierte en una estrategia clave para fortalecer los recursos, servicios y políticas que contribuyan al bienestar de la población atendida.* *La Coordinación efectiva no solo mejora la calidad de los servicios prestados, sino que también facilita el acceso a derechos y oportunidades para las personas mayores. A través de la gestión inter institucional, se abordan temas esenciales como la atención integral en salud y el acceso a servicios sociales.* 3. ***Gestiones realizadas*** ***Trabajo Social*** ***30/07/2026 Secretaría de Salud*** *Se envió a través de correo electrónico solicitud para vinculación de la persona mayor Aleida Vides Cardozo, a la Nueva EPS Fusagasugá. Lo anterior debido a que el día 30/07/2026 se informó al momento de facturar una cita que registraba retirada en ADRES desde el 23/06/2026. Así mismo se estableció contacto con la Nueva EPS y nos refieren que la novedad registra que fue retirada por el ente territorial y se debe volver a solicitar afiliación.* ***30/07/2026 Nueva EPS*** *Se realizó proceso de afiliación de la persona mayor el 30/07/2026, con aval de la Secretaría de Salud Municipal por parte de Yasmin Mora.*

	Anexo: Impresiones de pantalla como soporte de las gestiones realizadas.			
Asistentes	Nombre	Cargo/Rol	Dependencia	Firma
	Diana Marcela Carvajal Pinto	Coordinadora	Comunidad de Cuidado Hogar San José Saramita	
	Gloria E. Campos Vargas	Trabajadora Social	Comunidad de Cuidado Hogar San José Saramita	
Compromisos	Actividad	Responsable	Fecha límite	
Próxima reunión	*N/A*			
Elaboró	*Gloria Esperanza Campos Vargas – Trabajadora Social*			

Impresiones de Pantalla - Coordinación Instituciones

1.

Gmail **Hogar San José Saramita <trasocialsaramita@gmail.com>**

Autorización reactivación de Afiliación para Persona Mayor

Hogar San José Saramita <trasocialsaramita@gmail.com> 30 de julio de 2026 a las 11:48 a.m.
Para: NELLY YASMIN MORA CASTAÑEDA <nymora@fusagasugacundinamarca.gov.co>, slquintero@fusagasugacundinamarca.gov.co, erica.rodriguez@nuevaeps.com.co

Buenos días

Me permito adjuntar para su conocimiento y fines pertinentes oficio en el cual se solicita autorización para reactivar la afiliación de una persona mayor de nuestra institución que el día de hoy 30/07/2026 se reporta por parte del hospital San Rafael, que aparece en ADRES con novedad de retiro desde el 23/06/2026 y en NUeva EPS registra con la novedad (retirada por el ente territorial).

Quedo atenta a sus orientaciones.

Cordialmente,

Gloria E. Campos Vargas
Trabajadora Social Hogar San José Saramita
Cel: 3112124875

Oficio SS AutorizacionAfiliacionNUEVAEPS 30072026.pdf
549K

2.

Gmail **Hogar San José Saramita <trasocialsaramita@gmail.com>**

Autorización reactivación de Afiliación para Persona Mayor

Erica Rodriguez Lara <erica.rodriguez@nuevaeps.com.co> 30 de julio de 2026 a las 1:46 p.m.
Para: Hogar San José Saramita <trasocialsaramita@gmail.com>, NELLY YASMIN MORA CASTAÑEDA <nymora@fusagasugacundinamarca.gov.co>, "slquintero@fusagasugacundinamarca.gov.co" <slquintero@fusagasugacundinamarca.gov.co>

Buenas tardes adjunto formulario diligenciado, con soporte que adjunta Yasmín, y válidador de derechos ya que no se cuenta con el certificado de listado censal del distrito a la fecha Pendiente validación de aseguramiento, y solicito por favor el cargue por el correo de afiliación electrónica de Nueva EPS.
Agradezco su colaboración

Erica Rodriguez Lara
Promotor Integral de Salud
Zonal Cundinamarca
Regional Centro

image

Cra. 85 K # 46A - 66
Piso 5 - ala Sur
Bogotá D.C. - Colombia

From: Hogar San José Saramita <trasocialsaramita@gmail.com>
Sent: Thursday, 30 July 2026 11:48:13
To: NELLY YASMIN MORA CASTAÑEDA <nymora@fusagasugacundinamarca.gov.co>; slquintero@fusagasugacundinamarca.gov.co <slquintero@fusagasugacundinamarca.gov.co>; Erica Rodriguez Lara <erica.rodriguez@nuevaeps.com.co>
Subject: Autorización reactivación de Afiliación para Persona Mayor

[Texto citado oculto]

CC 53905652 POBLACIÓN 16.pdf
2403K

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL 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 Único para dependientes y afiliados al Régimen Subsidiado

01 B 12982101

No. de Radicación SAT

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual: a) Cotizante o Cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. Oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [X]
4. TIPO DE APORTANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicios [ ]
CÓDIGO
FECHA DE LA SOLICITUD: 30 09 26

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Vides — SEGUNDO APELLIDO: Cardozo — PRIMER NOMBRE: Aleida — SEGUNDO NOMBRE: —
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [X] CC [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] — 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 53905652 — 9. SEXO: F [X] M [ ] — 10. FECHA NACIMIENTO: 12 02 63

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código — 12. DISCAPACIDAD: Tipo F N M I — 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: Calle 22 # 36 A - 25 — LOCALIDAD / COMUNA: La Venta — BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: Tuluá — DEPARTAMENTO: Valle del Cauca — ZONA: U [X] R [ ] — TELÉFONO FIJO: 70 Free
TELÉFONO MÓVIL: 3202047639 — CORREO ELECTRÓNICO: Yaisialaramita@gmail.com — CÓDIGO IPS: 12319

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (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 AC — 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 22. SEXO: F M — 23. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO — DIRECCIÓN 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 / FECHA DE NACIMIENTO: F M / DÍA / MES / AÑO	28. PARENTESCO	29. ETNIA	31. DISCAPACIDAD: Tipo / Condición
1							
2							
3							
4							

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Municipio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC ADICIONAL (Si aplica a la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: CAUSA DE URGENCIA	OPCIÓN MUNICIPIO	EXPULSIÓN	APORTE MÍNIMO COT.	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R U										
2			R U										
3			R U										
4			R U										

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: CE PA CD PE — 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 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 [X]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [X]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DEL CONOCIMIENTO PARA EJERCER [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. PRESTACIÓN A OTRAS ENTIDADES AUTORIZADAS PARA REALIZAR APLICACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD: a) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] b) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO: a) ENTRE REGÍMENES [ ] b) ENTRE EPS [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL USUARIO DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: Vides — SEGUNDO APELLIDO: Cardozo — PRIMER NOMBRE: Aleida — SEGUNDO NOMBRE: —
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC TA CC [X] PA CD SC PE — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 53905652 — SEXO: F [X] M — FECHA NACIMIENTO: 12 02 63
42. FECHA (a partir de): DÍA MES AÑO — 43. EPS ANTERIOR Código: Nueva EPS — 44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: CAUSA DE URGENCIA [ ] OPCIÓN MUNICIPIO [ ] EXPULSIÓN [ ] APORTE MÍNIMO COT. [ ] — 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia. Declaro que convivo con mi(s) 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) relacionado(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 recursos de buena fe para cubrir el valor facturado que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Aplica exclusivamente para la Entidad. [ ]
49. Declaración de no membresía 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. [X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación y del reporte de novedades a la base con datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por ley lo requieran. [X]
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. [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular suministrado de forma

VIII. FIRMAS

No firma
54. Firma del(a) afiliado, cabeza de familia o beneficiario(a) — 55. Firma y sello del empleador, pagador o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio o encargado(a) por prestación de servicios

IX. ANEXOS

56. Anexa copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] — Cantidad: 1 — Total: 1
57. Copia del dictamen de invalidez 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, la terminación de la unión marital de hecho, 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 juramentada en el evento en que se desconozca de quién de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de la autoridad o entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia de acta administrativa 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 Municipio — Código del departamento
67. Datos del SISBEN: Número de ficha — Puntaje — Nivel
68. Fecha de radicación: DÍA MES AÑO — 69. Fecha de validación: DÍA MES AÑO
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo documento de identidad — Número del documento de identidad — 71. Firma del funcionario

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 IX del formulario.