



06 3238798

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

06/08/2014

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☒ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	Código (a registrar por la EPS)
---	--	---	--	---	------------------------------------

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: PÉREZ Segundo Apellido: DUTAMA Primer Nombre: NUBIA Segundo Nombre: PATRICKA	7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 461387734	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento: 06/08/1989
--	---------------------------------------	---	--	-------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: \$1.423.500	18. Residencia: DIAGONAL 1GB # 104 INT 5 APT 403	19. Apellidos y nombres		20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad
19. Apellidos y nombres		22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	

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

19. Apellidos y nombres	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
-------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--	--

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

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco		30. Etnia
B1			D D M M A A A A			
B2			D D M M A A A A			
B3			D D M M A A A A			
B4			D D M M A A A A			
B5			D D M M A A A A			

31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Tipo: F N M Condición: T P	Municipio / Distrito: Zona Urbana Rural Departamento: Teléfono fijo y/o celular:	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: Colsubsidio	Código de la IPS (a registrar por la EPS):
B	
B	
B	
B	
B	

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

35. Nombre o razón social: NUBIA PATRICKA PÉREZ DUTAMA	36. Tipo de documento de identificación: CC	37. Número del documento de identificación: 461387734	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS):
39. Ubicación: DG 1GB # 104 INT 5 APT 403	40. Tipo de Novedad		

B. REPORTE DE NOVEDADES

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐	2. Corrección de datos básicos de identificación ☐	3. Actualización del documento de identidad ☐	4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐	5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐	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 de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐	13. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. 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 Pre-pensionado ☐	18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐
---	---	--	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	--	---	---	--	--

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	42. Fecha novedad
Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:	08/08/2014
Tipo de documento de identidad: Número del documento de identidad: Sexo: Fecha de nacimiento:	
43. EPS anterior: 44. Motivo de traslado: 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	☐
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.	☐
49. Declaración de no internación 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. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: NUBIA PATRICKA PÉREZ D.	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio:
---	--

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC	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. Copia del 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 municipio: Código del departamento:	67. Datos del SISBÉN Número de la ficha: Puntaje: Nivel:	68. Fecha de radicación: D D M M A A A A	69. Fecha de validación: D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:	71. Firma del funcionario: OBSERVACIONES: Independiente. Cuenta propia		