

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

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 ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ 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) 2	

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

6. Apellidos y nombres Primer apellido Cruz Segundo apellido ROMERO		7. Tipo documento de identidad C.C.		8. Número del documento de identidad 7.713.491	
9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒		10. Fecha de nacimiento 26/02/1980		11. Primer nombre ABEL	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia 		12. Discapacidad Tipo FNM Condición TP		13. Puntaje SISBÉN 	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL 		16. Administradora de Pensiones COLPENSIONES		17. Ingreso base de cotización - IBC 7.300.000	
18. Residencia CL 45 NO. 13-21 Dirección BOGOTÁ		Teléfono fijo 3124686667		Teléfono celular 3124686667	
Municipio/Distrito 		Zona Urbana ☒ Rural ☐		Localidad/Comuna CONDINAMARCA	
				Correo electrónico abacruzromero@hotmail.com	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido 		20. Tipo documento de identidad 		21. Número del documento de identidad 	
22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		23. Fecha de nacimiento 		24. Primer nombre 	

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

24. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido 		25. Tipo documento de identidad 		26. Número del documento de identidad 	
27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		28. Fecha de nacimiento 		29. Primer nombre 	
30. Segundo nombre 		31. Tipo documento de identidad 		32. Número del documento de identidad 	
33. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		34. Fecha de nacimiento 		35. Primer nombre 	
36. Segundo nombre 		37. Tipo documento de identidad 		38. Número del documento de identidad 	

Datos complementarios

29. Parentesco B1 B2 B3 B4 B5 		30. Etnia 		31. Discapacidad Tipo Condición 	
32. Datos de residencia Municipio/Distrito 		Zona Urbana ☐ Rural ☐		Departamento 	
B1 B2 B3 B4 B5 		Teléfono Fijo y/o celular 		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) 	

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS Centro Médico Familiar Pepe Jara		Código de la IPS (a registrar por la EPS) 3029	
B1 B2 B3 B4 B5 			

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 ABEL CRUZ ROMERO		36. Tipo de documento de identificación C.C.		37. Número de documento de identificación 7.713.491	
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 		39. Ubicación CL 45 NO. 13-21 Dirección BOGOTÁ		Teléfono 3124686667	
Correo electrónico abacruzromero@hotmail.com		Municipio/Distrito CONDINAMARCA		Departamento 	

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 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 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 Primer apellido Cruz Segundo apellido ROMERO		42. Tipo documento de identidad C.C.		43. Número del documento de identidad 7.713.491	
44. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒		45. Fecha de nacimiento 26/02/1980		46. Segundo nombre ABEL	
47. EPS anterior 		48. Motivo de traslado Código 		49. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones 	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☐ 45. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y 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.		☐ 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.	
☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.		☐ 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 vigente 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 [Firma]		55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio [Firma]	
---	--	--	--

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☒ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ Total 1		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 el 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 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 ficha Puntaje Nivel 		68. Fecha de radicación 20 NOV. 2019	
69. Fecha de validación 		70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer apellido Rutina Segundo apellido Enka		71. Firma del funcionario [Firma]	
Tipo documento de identidad 		Número del documento de identidad 		Segundo nombre Jhara	

OBSERVACIONES:

					
--	--	--	--	--	--

