

Fecha de Radicación
08/09/2022

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual <input type="checkbox"/> - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De Oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS) <input type="text"/>

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Rivera	Roa	Jairo
7. Tipo de documento de identidad Cédula De Ciudadanía	8. Número del documento de identidad 79393862	10. Fecha de nacimiento 24/09/1966

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia <input type="text"/>		12. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>	13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso Base de Cotización - IBC \$1.000.000
18. Residencia Cil 79 B 69 T 82	Dirección	Teléfono Fijo 3114517644	Teléfono Celular 3114517644	Correo Electrónico jairopatricia14@gmail.com
Municipio / Distrito Bogotá	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Zona Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / Comuna Norte	Departamento Bogotá D.C.	

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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento
-------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------

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

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Femenino	Masculino				
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			

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo		Condición	
			F	N	M	T
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS.)
Municipio / Distrito	
Urbana <input type="checkbox"/> Zona Rural <input type="checkbox"/>	
Departamento	
Teléfono fijo y/o Celular	
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

Selección de la I.P.S. Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la EPS.)
C EPS Sanitas centro médico calle 80	
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 Enlace Mb Sas	36. Tipo de documento de identificación NIT <input type="text"/>	37. Número del documento de identificación 901513191	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la EPS.)
39. Ubicación Dirección Cil 192 11A 51	Teléfono Fijo 3125387243	Correo Electrónico	Municipio / Distrito Bogotá
		Departamento Bogotá D.C.	

B. REPORTE DE NOVEDADES**40. Tipo de Novedad**

- ☐ 1. Modificación 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		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		Sexo Femenino Masculino		Fecha de Radicación	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
43. EPS Anterior		44. Motivo de Traslado Código <input type="text"/>		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

01/09/2022

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. 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
☒ 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
☒ 50. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. 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 E.P.S. 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 1371 de 2013.
☒ 53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
<input type="text"/>	<input type="text"/>

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad
 Cantidad CN RC TI CC CE PA CD SC 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 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 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 <input type="text"/> Código del Departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de Ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de Radicación <input type="text"/>	69. Fecha de Validación <input type="text"/>
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/> Primer nombre <input type="text"/> Segundo nombre <input type="text"/>	71. Firma del funcionario		

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
Asesores Comerciales Integrales Ltda.		

C.C. No. 900.282.038
 Recuerde que con la firma, man
 y de las declaraciones co

registrada
 del formulario.