



No de Radicacion
4008922139

Fecha de Radicación
1 4 0 9 2 0 2 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 1

I. tipo de trámite	2. Tipo afiliación	A. Individual:	-Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/>	3. Regimen
A. Afiliación <input type="checkbox"/>	B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	-Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>
I. Tipo de afiliado		B. Institucional <input type="checkbox"/>	B. De oficio <input type="checkbox"/>	B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
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"/>	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

ROMERO Primer apellido	CORTES Segundo apellido	PAOLA Primer nombre	ANDREA Segundo nombre
7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	53012139	Femenino <input checked="" type="checkbox"/>	0 1 0 3 1 9 8 4
Masculino <input type="checkbox"/>			

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
6	Tipo <input checked="" type="checkbox"/> FNIM	Condición <input type="checkbox"/> TP	

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL

16. Administradora de Pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC

SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1000000
18. Residencia		
CL 150 48 46 AP 103 Dirección	3046793469 Teléfono fijo	PAOLAROMERO.C13@GMAIL.COM Correo electrónico
BOGOTÁ Municipio/Distrito	zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	BOGOTÁ Departamento
Localidad / comuna		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	

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

14. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
	B1			
	B2			
	B3			
	B4			
	B5			
25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad		
		F	N	M
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				
32. Datos de residencia	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Municipio/Distrito	Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	C VS AUTOPISTA NORTE CL 162 - VS AUTOPISTA NORTE CL 162	Código de la IPS (a registrar por la EPS) VSAUTONORT - VSAUTONORT
B -	-	-
B -	-	-
B -	-	-

VI. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
PAOLA ANDREA ROMERO CORTES	CC	53012139	01

39. Ubicación	Dirección	Teléfono	PAOLAROMERO.C13@GMAIL.COM Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CL 150 48 46 AP 103	3046793469			BOGOTÁ	BOGOTÁ

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- 1. Modificación datos básicos de identificación
 - 2. Corrección datos básicos de identificación
 - 3. Actualización documento de identidad
 - 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
 - 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
- Código:
- 6. Reinscripción en la EPS
 - 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
 - 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
 - 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
 - 10. Terminación de la relación laboral o perdida 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 del pensionado

/I. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
42. Fecha			1 4 0 9 2 0 2 2
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

/II. 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 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 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 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 celular como mensaje de texto

/III. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X. ANEXOS

- 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. RC. TI. CC. PA. CE. CD. SC.
Cantidad: Total: 0
- 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 58. Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor
- 61. Copia orden judicial o 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 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

C. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario	
<input type="text"/>					

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.