



No de Radicacion

4008922139

Fecha de Radicacion

1/4/09/2/0/2/2

DATOS DEL TRAMITE

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

Página 1 de 1

1. Tipo de trámite		2. Tipo afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
I. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		Codigo (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		1	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres		8. Número del documento de Identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
ROMERO Primer apellido		CORTES Segundo apellido		PAOLA Primer nombre		ANDREA Segundo nombre	
7. Tipo documento de Identidad		53012139		Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		01/03/19/84	
CC							

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
6		Tipo FNM Condición 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		19. Puntaje SISBEN		20. Sexo		21. Fecha de nacimiento	
CL 150 48 46 AP 103 Dirección		3046793469 Telefono celular		PAOLAROMERO.C13@GMAIL.COM Correo electronico		BOGOTA Departamento	
BOGOTA Municipio/Distrito		zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		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		20. Tipo documento de identidad		21. Número documento identidad		22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
Primer apellido Segundo apellido		Primer nombre Segundo nombre		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>					

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

24. Apellidos y nombres		25. Tipo documento de identidad		26. Número de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Primer apellido Segundo apellido		Primer nombre Segundo nombre		Femenino Masculino					
B1 B2 B3 B4 B5		B1 B2 B3 B4 B5		B1 B2 B3 B4 B5		B1 B2 B3 B4 B5		B1 B2 B3 B4 B5	

Datos complementarios

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

II. Datos de residencia

Municipio/Distrito		Zona		Departamento		Teléfono Fijo y/o celular		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1 B2 B3 B4 B5		Urbana Rural		B1 B2 B3 B4 B5		B1 B2 B3 B4 B5		B1 B2 B3 B4 B5	

Selección de la IPS Primaria

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

I. 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. Numero 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		40. Teléfono		41. Correo electrónico		42. Municipio/distrito	
CL 150 48 46 AP 103 Dirección		3046793469		PAOLAROMERO.C13@GMAIL.COM		BOGOTA Municipio/distrito	
						BOGOTA Departamento	

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 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 del pensionado

/I. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de Identidad	Sexo		Fecha de nacimiento	42.Fecha		
<input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>			14/09/2022		

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado

Código:

45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

/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	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Número ficha		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Código del Departamento	Puntaje	Nivel	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

70. Datos funcionario que realiza la validación

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

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.