

9007670128  
9007670128No. de Radicación  
21655990

Fecha de Radicación

14 05 M A 2021 A

Código (a registrar por la EPS)

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> • Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/> D. De oficio <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"/>
----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

6. Apellidos y nombre Primer Apellido JARAMILLO	Segundo Apellido GRAJALES	HUMBERTO	Segundo Nombre
----------------------------------------------------	---------------------------	----------	----------------

7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 9858048	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento D 28 D M 04 M A A 1975 A A
--------------------------------------	----------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia Tipo F N M Condición T P	12. Discapacidad 13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	16. Administradora de pensiones
---------------------------------------	----------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

17. Ingreso base de cotización - IBC \$908.526	18. Residencia Dirección	Correo electrónico	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / Comuna	Teléfono fijo	Teléfono celular
---------------------------------------------------	-----------------------------	--------------------	---------------------------------------------------------------------	--------------------	---------------	------------------

## 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 Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
--------------------------------------------	------------------	---------------	----------------

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

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	Datos complementarios
------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	-----------------------

29. Parentesco	30. Etnia
----------------	-----------

31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
----------------------------------------------	-------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	--------------	---------------------------	---------------------------------------------------------------------

B1	B2	B3	B4	B5	
----	----	----	----	----	--

## Selección de la IPS Primaria

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

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 SIETE CUATRO UNO SAS	36. Tipo de documento de identificación NT	37. Número del documento de identificación 901242915	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
----------------------------------------------------------	--------------------------------------------	------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

39. Ubicación CALLE 165 7 21 Dirección	7325729	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento
-------------------------------------------	---------	--------------------	-----------------------------	-------------------------------

## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar <input checked="" type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 14. Traslado: A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado <input type="checkbox"/>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento D D M M A A A A
--------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
------------------	----------------------------------	----------------------------------------------------------

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/>
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	<input type="checkbox"/>

## 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
----------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

## IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CB CD SC Cantidad: <input type="checkbox"/> Total: <input type="checkbox"/>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	<input type="checkbox"/>
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	<input type="checkbox"/>
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	<input type="checkbox"/>
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial Código del municipio	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
-----------------	------------------	---------------	----------------

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES: CARGO: CONDUCTOR DE CAMIONETA
--------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------------------

71. Firma del funcionario
---------------------------