



No. de Radicación	Fecha de Radicación
00012042024	D D M M A A A A A

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2				
1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	-Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario o afiliado adicional <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 Primer apellido MOSQUERA Segundo apellido RODRIGUEZ Primer nombre JOSE Segundo nombre JAIR				
7. Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/> cc	8. Número del documento de identidad 76351199	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 0 4 10 21 9 7 9	
III. DATOS COMPLEMENTARIOS				
Datos personales				
11. Etnia <input type="text"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> P	13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>	
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL SURA	16. Administradora de Pensiones PORVENIR	17. Ingreso base de cotización -IBC 1.300.000		
18. Residencia cra 43 oeste # 05-07 Dirección	Teléfono fijo <input type="text"/>	3183344009 Teléfono celular	jose.rod.5432@gmail.com Correo electrónico	
CALI Municipio/Distrito	Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad/Comuna <input type="text"/>	VALLE DEL CAUCA Departamento	
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 <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/>	Primer nombre <input type="text"/> Segundo nombre <input type="text"/>			
20. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	21. Número del documento de identidad <input type="text"/>	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales				
24. Apellidos y nombres Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/>	Primer nombre <input type="text"/> Segundo nombre <input type="text"/>			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				
25. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	26. Número del documento de identidad <input type="text"/>	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
B1			<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
B2			<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
B3			<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
B4			<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
B5			<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
Datos complementarios				
29. Parentesco <input type="text"/>	30. Etnia <input type="text"/>	31. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P		
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				
32. Datos de residencia Municipio/Distrito <input type="text"/>	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento <input type="text"/>	Teléfono Fijo y/o celular <input type="text"/>	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				
Selección de la IPS Primaria				
34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B				Código de la IPS (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ETIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO				
35. Nombre o razón social ARCOCASAS SAS	36. Tipo de documento de identificación <input type="checkbox"/> NIT	37. Numero del documento de identificación 901757635	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación calle 11 # 3-67 Dirección <input type="text"/>	3188119831 Teléfono <input type="text"/>	servicecp.alinstante@gmail.com Correo electrónico <input type="text"/>	CALI Municipio/Distrito <input type="text"/>	VALLE Departamento <input type="text"/>

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 de l trámite de protección al cedante.
- 17. Reporte de la calidad de pre-pensionado.
- 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

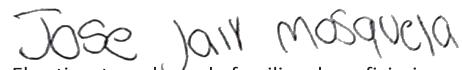
41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/> DDMMMAAA <input type="text"/> DDMMMAAA
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	42. Fecha <input type="text"/> 08042024

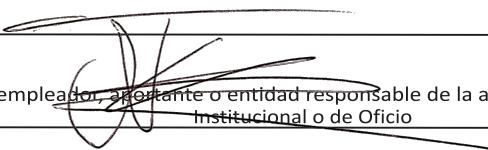
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 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, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios 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 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 adicional al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS



54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario



55. El empleador, agente 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 CE CD SC
Cantidad: 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 al que declare la separación de cuerpos de 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 que conste la perdida 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 del 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"/>	67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/>	68. Fecha de radicación <input type="text"/> DDMMMAAA	69. Fecha de validación <input type="text"/> DDMMMAAA
---	--	--	--

70. Datos del funcionario que realiza la validación

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

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

FUNCIONARIO EMSSANAR:

Para dar cumplimiento a la circular conjunta externa 016 de 2013 (mayo 15), Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud, es necesario aplicar el siguiente cuestionario como soporte de entrega de la presente Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño.

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de SI NO la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de SI NO la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?

¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? SI NO

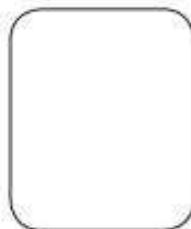
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? SI NO

¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? SI NO

En constancia se firma el día 08, mes abril, año 2024

Municipio cali Departamento valle del cauca

José Jair Mosquera
Firma afiliado



ó Huella afiliado

Scaneado con CertiScanner

Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento de este formato lo efectuará un tercero a quien él ruego; lo cual deberá ser ratificado por el afiliado a través de la imposición de su huella.

Firma a ruego

Nombre: _____
Identificación: _____
Edad: _____
Domicilio: _____

FUNCIONARIO EMSSANAR

Este documento debe ser diligenciado con el afiliado al momento de recibir una Carta de Derechos; una vez diligenciado se debe almacenar en una carpeta y tener listo para presentación ante los entes de vigilancia y control.