



EMSSANAR S.A.S.
Registro en Cámara de Comercio No.15233 libro IX. Octubre 24 de 2016
Nit. 901 021 565 - 8

No. de Radicación

00012042024

Fecha de Radicación

D

D

M

M

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

2. Tipo de Afiliación

3. Régimen

A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒

A. Individual -Cotizante o Cabeza de Familia ☒
-Beneficiario o afiliado adicional ☐

A. Contributivo ☒
B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado

5.Tipo de cotizante

Código (a registrar por la EPS)

A. Cotizante ☒ B. cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐

A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

7. Tipo de documento de identidad

8. Número del documento de identidad

9. Sexo

10. Fecha de nacimiento

MOSQUERA
Primer apellido

RODRIGUEZ
Segundo apellido

JOSE
Primer nombre

JAIR
Segundo nombre

cc

76351199

Femenino ☐ Masculino ☒

04021979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia

12. Discapacidad

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

Tipo ☐ F ☐ N ☐ M Condición ☐ T ☐ P

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL

16. Administradora de Pensiones

17. Ingreso base de cotización -IBC

SURA

PORVENIR

1.300.000

18. Residencia

19. Teléfono fijo

20. Teléfono celular

21. Correo electrónico

cra 43 oeste # 05-07
Dirección

3183344009

jose.rod.5432@gmail.com

22. Municipio/Distrito

23. Zona

24. Localidad/Comuna

25. Departamento

CALI

Urbana ☒ Rural ☐

VALLE DEL CAUCA

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

23. Fecha de nacimiento

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

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

24. Apellidos y nombres

25. Tipo de documento de identidad

26. Número del documento de identidad

27. Sexo

28. Fecha de nacimiento

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

B1

B2

B3

B4

B5

Femenino ☐ Masculino ☐

Datos complementarios

29. Parentesco

30. Etnia

31. Discapacidad

32. Tipo

33. Condición

F

N

M

T

P

B1

B2

B3

B4

B5

32. Datos de residencia

33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

Municipio/Distrito

Zona

Departamento

Teléfono Fijo y/ o celular

Urbana

Rural

B1

B2

B3

B4

B5

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C

B

B

B

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

36. Tipo de documento de identificación

37. Numero del documento de identificación

38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

ARCOCASAS SAS

NIT

901757635

39. Ubicación

40. Teléfono

41. Correo electrónico

42. Municipio/Distrito

43. Departamento

calle 11 # 3-67
Dirección

3188119831

servicep.alinstante@gmail.com

CALI

VALLE

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	Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento		42. Fecha	
				<div><div>D</div><div>D</div><div>M</div><div>M</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div></div>		<div><div>0</div><div>8</div><div>0</div><div>4</div><div>2</div><div>0</div><div>2</div><div>4</div></div>	

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 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

<div>Jose jair mosquera</div> <div>54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario</div>	<div><div></div></div> <div>55. E empleador, representante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio</div>
---	--

IX. ANEXOS

☐ 56.Anexo copia del documento de identidad:

CN

RC

TI

CC

PA

CE

CD

SC

Escaneado con CamScanner

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 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 del bebeficiario 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 depantamento <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	69. Fecha de validación
				<div><div>D</div><div>D</div><div>M</div><div>M</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div></div>	<div><div>D</div><div>D</div><div>M</div><div>M</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div></div>

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		71. Firma del funcionario			

OBSERVACIONES:

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 la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? SI ☐ NO ☐

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

¿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

Jose jair mosquera

Firma afiliado



ó Huella afiliado

Emssanar con CardCamer

Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento de este formato lo efectuará un tercero a quien él ruegue; 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.