



169946668

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedad		2. Tipo de Afiliación A. Individual Cotizante o Cabeza de Familia Beneficiario o Afiliado adicional		3. Régimen A. Contributivo B. Subsidiado	
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario			5. Tipo de Cotizante A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado		Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Doncel Segundo Apellido: Ortega		Primer Nombre: Diego Segundo Nombre: Alejandro	
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	8. Número del documento de identidad 1070623683	9. Sexo Femenino Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 21/03/1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SUR			16. Administradora de Pensiones Fordenv			17. Ingreso base de cotización - IBC 1160000	
18. Residencia Dirección Caracas		Teléfono Fijo 0414 980 980				Teléfono Celular 3118113029	
Municipio / Distrito Caracas		Zona Urbana Rural <input checked="" type="checkbox"/>		Localidad / Comuna		Departamento Caracas	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre							
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		21. Número del documento de identidad		22. Sexo Femenino Masculino		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 Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco	
CN TI CE CD RC CC PA SC				Femenino	Masculino	D D M M A A A A			
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

30. Etnia		31. Discapacidad Tipo Condición		32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento			33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)	
F N M	T P				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		Caracas	
B			
B			
B			

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO -

35. Nombre o razón social: **Felipe Osorio**
 36. Tipo documento de identificación: NIT TI CE CD
 37. Número del documento de identificación: **1018442446**
 38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS):

39. Ubicación Dirección: **Quil # 9 80** Teléfono Ego: **213110**
 Correo Electrónico: Municipio / Distrito: **B7** Departamento: **B7**

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.
 - 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 del trámite de protección al cesante.
 - 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 CN TI CE CD RC CC PA SC	Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha D D M M A A A A
				17032023

43. EPS anterior: **Activo Salud** 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 al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: **Diego Daniel**
 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio: **Carla Rueda**

IX. ANEXOS

- 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC 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 que declare la separación de cuerpos, 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 sujeta a prueba 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 de beneficiario de una afiliación de oficio.



X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio: Código del Departamento: 67. Datos del SISBEN: Número de ficha: Puntaje: Nivel: 68. Fecha de Radicación: 69. Fecha de Validación: D D M M A A A A 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: Número de documento de identidad: 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.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comunal: **39562491** Sello de Radicación: Sticker procesamiento: