



9009130750
9009130750

No. de Radicación

24467007

Fecha de Radicación

29082022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades	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)
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

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

6. Apellidos y nombres	PEREZ	HUERFANO	NURY	VIVIANA		
7. Tipo de documento de identidad	CC	8. Número del documento de identidad	1023004798	9. Sexo Femenino Masculino	10. Fecha de nacimiento	D 11 D M 06 M A A 1995 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo Condición	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	\$1.200.000	18. Residencia	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana Rural	Localidad / Comuna	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	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
20. Tipo de documento de identidad		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 Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia
B1			D D M M A A A A		
B2			D D M M A A A A		
B3			D D M M A A A A		
B4			D D M M A A A A		
B5			D D M M A A A A		

31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)			
Tipo Condición	Municipio / Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	
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 ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA	NT	901056044	
39. Ubicación	3138889734	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
CALLE 85 A 28 B 41 P 2			

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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad	D 24 D 08 M A 2022 A A
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	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 CE CD SC	Cantidad: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación			
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	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 de identidad		Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:			
71. Firma del funcionario	CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO					

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.