



**185828244**

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

**DATOS DEL TRÁMITE**

<b>1. Tipo de Trámite</b>		<b>2. Tipo de Afiliación</b>			<b>3. Régimen</b>			<b>4. Contribución solidaria</b>	
A. Afiliación	B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/>			B. Colectiva <input checked="" type="checkbox"/>	D. De Oficio <input type="checkbox"/>	C. Institucional <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>	B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
<b>5. Tipo de Afiliado</b>		A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>	C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	<b>6. Tipo de Cotizante</b>			<b>7. Código</b>		
		B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/>	B. Independiente <input type="checkbox"/>	C. Pensionado <input type="checkbox"/>	(a registrar por la EPS)		

**II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN del cotizante, cabeza de familia o beneficiario(a) cuando aplique (el beneficiario adicional)**

<b>8. Apellidos y nombres</b>		Primer Apellido <b>Lopez</b>	Segundo Apellido <b>Nieto</b>	Primer Nombre <b>Katherin</b>	Segundo Nombre <b>Sterany</b>
9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC	1032480585	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F M T NB Otro		COL
14. Lugar de nacimiento	País <b>Colombia</b>	Departamento	Municipio	<b>15. Fecha de nacimiento</b>	

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

<b>Datos Personales</b>		<b>16. Etnia</b>		<b>17. Comunidad</b>		<b>18. Discapacidad</b>		<b>19. Tiene encuesta SISBÉN</b>		<b>20. Clasificación SISBÉN</b>		<b>21. Grupo de población especial</b>	
						Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nivel		Grupo	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria							

26. Residencia Dirección **CI 19 #1199 - 70** Teléfono Fijo

Teléfono Celular **3102419110** Correo Electrónico **K.lopez.113@gmail.com**  
Departamento **Bogotá** Municipio / Distrito **Bogotá** Localidad / Comuna  Zona Cabecera Municipal  Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR**

<b>Datos Básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante</b>		<b>27. Apellidos y nombres</b>		<b>28. Tipo de documento de identidad</b>		<b>29. Número del documento de identidad</b>		<b>30. Sexo biológico</b>		<b>31. Sexo identificación</b>		Cual	<b>32. Nacionalidad</b>
								Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F M T NB Otro			
33. Lugar de nacimiento		País		Departamento		Municipio						<b>34. Fecha de nacimiento</b>	

**Datos Básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales**

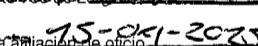
<b>35. Apellidos y nombres</b>		<b>36. Tipo de documento de identidad</b>		<b>37. Número del documento de identidad</b>		<b>38. Nacionalidad</b>		<b>39. Sexo biológico</b>		<b>40. Sexo identificación</b>		<b>41. Lugar de nacimiento</b>		<b>42. Fecha de nacimiento</b>
								Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F M T NB Otro Cual		País Departamento Municipio		
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

**Datos complementarios del Beneficiario**

<b>43. Parentesco</b>		<b>44. Etnia</b>		<b>45. Comunidad</b>		<b>46. Grupo de población especial</b>		<b>47. Tiene encuesta SISBÉN</b>		<b>48. Clasificación SISBÉN</b>		<b>49. Discapacidad</b>		<b>50. Incapacidad permanente</b>
								Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nivel Grupo		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Categoría de discapacidad
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

**51. Datos de residencia**

<b>Departamento</b>		<b>Municipio/ Distrito</b>		<b>zona</b>				<b>Teléfono fijo y/o celular</b>		<b>52. Valor de la UPC del afiliado adicional(a registrar por la EPS)</b>	
B1				Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural				
B2				Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural				
B3				Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural				
B4				Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural				
B5				Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural				
<b>Dirección</b>				<b>Localidad/Comuna</b>				<b>Correo Electrónico</b>			
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS				54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)			
C							
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
<b>V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO</b>							
55. Nombre o razón social <i>Transportes Especiales</i>		56. Tipo documento de Identificación <i>NIT</i>		57. Número del documento de Identificación <i>901056049</i>		58. Tipo de aporte o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación Dirección						Teléfono fijo o Celular	
Correo Electrónico		Departamento		Municipio / Distrito			
<b>60. Tipo de Novedad</b>							
<input type="checkbox"/> 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 identificación. <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país. <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Misma Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia. <input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante. <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado. <input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria. <input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.							
<b>VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD</b>							
61. Datos básicos de identificación Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		62. Sexo biológico Femenino Masculino		63. Sexo identificación Cuál F M T NB Otro	
65. EPS anterior <i>Sanitas</i>		66. Fecha de novedad <i>07092025</i>		67. Motivo de traslado Código		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	
<b>VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES</b>							
<input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/> 71. Declaración de existencia de razonés de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. <input type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. <input checked="" type="checkbox"/> 73. 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 checked="" type="checkbox"/> 74. 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. <input checked="" type="checkbox"/> 75. 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 checked="" type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. <input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.							
<b>VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA</b>							
79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional <i>Katherin Lopez</i>		81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio <i></i>					
<b>X. ANEXOS</b>							
<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad      Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT <input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/> 84. 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"/> 85. 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"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/> 88. 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"/> 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 1377 de 2013. <input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 91. 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.							
<b>RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS</b> <i></i> 75-051-2025 Total Anexos							
<b>XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL</b>							
92. Identificación de la Entidad Territorial		Código del municipio		Código del departamento		93. Nombre de la Institución	
<b>XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL</b>							
94. Apellidos y nombres Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		95. Firma del funcionario		96. fecha de radicación	
OBSERVACIONES: <i></i>							
Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VI del formulario							
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial				Sello de Radicación		Sticker procesamiento	
<b>-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO -</b>							