



188786264

(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 Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva C. De Oficio D. Subsidiado	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado	4. Contribución solidaria Sí No
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia	C. Beneficiario D. Afiliado adicional	6. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente C. Pensionado	7. Código (a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplica o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres Primer Apellido BUITRAGO	Segundo Apellido BOBRIGUEZ	Primer Nombre YOMAIRA	Segundo Nombre	
9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 7049609773	11. Sexo biológico Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino	12. Sexo identificación F <input checked="" type="checkbox"/> M T NB Otro	13. Nacionalidad COL
14. Lugar de nacimiento País Colombia	Departamento BOYACA	Municipio TAMACA	15. Fecha de nacimiento	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales	16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad Si No <input checked="" type="checkbox"/> Categoría de discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN Si No	20. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria 7473-500			
26. Residencia Dirección Calle 90 - 50 - 75						Teléfono Fijo
Teléfono Celular 3144558795	Correo Electrónico YOMA1571MCELESSQUYMAIL.COM	Departamento BOYACA	Municipio / Distrito BOGOTÁ	Localidad / Comuna	Zona Cabecera Municipal <input checked="" type="checkbox"/> Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante					
27. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino Masculino	31. Sexo identificación F M T NB Otro	Cual	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento País	Departamento	Municipio			
34. Fecha de nacimiento					

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino Masculino	40. Sexo identificación F M T NB Otro	41. Lugar de nacimiento
B1			F M T NB Otro	Cual	País Departamento Municipio
B2			F M T NB Otro	Cual	País Departamento Municipio
B3			F M T NB Otro	Cual	País Departamento Municipio
B4			F M T NB Otro	Cual	País Departamento Municipio
B5			F M T NB Otro	Cual	País Departamento Municipio

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN Si No	48. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	49. Discapacidad Categoría de discapacidad Sí No	50. Incapacidad permanente Sí No
B1				Si No	Nivel Grupo	Categoría de discapacidad Sí No	Sí No
B2				Si No	Nivel Grupo	Categoría de discapacidad Sí No	Sí No
B3				Si No	Nivel Grupo	Categoría de discapacidad Sí No	Sí No
B4				Si No	Nivel Grupo	Categoría de discapacidad Sí No	Sí No
B5				Si No	Nivel Grupo	Categoría de discapacidad Sí No	Sí No

S1. Datos de residencia

Departamento	Municipio/ Distrito	zona		Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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

Dirección

Localidad/Comuna

Correo Electrónico

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)
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social TRANSPORTES ESPECIALES	56. Tipo documento de Identificación NIT	57. Número del documento de Identificación 907 056 044	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación Dirección	Teléfono fijo o Celular		

Correo Electrónico

Departamento

Municipio / Distrito

60. Tipo de Novedad

- 1. Modificación de datos básicos de identificación
- 2. Corrección de datos básicos de identificación
- 3. Actualización del documento de identificación.
- 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código
- 6. Reporte de pago a través de un tercero Código
- 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. Inscripción EPS retorno al país.

- 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
- 15. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
- 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado
- 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD
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	63. Sexo identificación	Cuál	64. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	F M T NB Otro	

65. EPS anterior

66. Fecha de novedad

67. Motivo de traslado

68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

65. EPS anterior SAANTAS	66. Fecha de novedad 05/09/2015	67. Motivo de traslado Código	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
------------------------------------	---	----------------------------------	--

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- 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.
- 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera 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.
- 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.
- 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
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	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad
-----------------	------------------	---------------	----------------	--------------------------------	--------------------------------

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

VIVIANA BUITRAGO**VIVIANA BERMUDEZ**
X. ANEXOS

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 separación de hecho.	
<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 780 de 2016.	
<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.	

EFECTUAR AFILIACIÓN
POR LA EPS
MAC 016
05/09/2015
Fecha
Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio Código del departamento 93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL
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	97. Fecha de validación
--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------	-------------------------	-------------------------

OBSERVACIONES:

UNIT 98065317-8
SINGER

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 Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
--	--	---------------------	-----------------------