



188786264

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

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

<b>1. Tipo de Trámite</b> A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		<b>2. Tipo de Afiliación</b> A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De Oficio <input type="checkbox"/>		<b>3. Régimen</b> A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	<b>4. Contribución solidaria</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>5. Tipo de Afiliado</b> A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>		<b>6. Tipo de Cotizante</b> A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		<b>7. Código</b> (a registrar por la EPS)	

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

<b>8. Apellidos y nombres</b> Primer Apellido: BUITRAGO Segundo Apellido: RODRIGUEZ Primer Nombre: YOMAIRA Segundo Nombre:				
<b>9. Tipo de documento de identidad</b> C.C.	<b>10. Número del documento de identidad</b> 7049609773	<b>11. Sexo biológico</b> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	<b>12. Sexo identificación</b> F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	<b>13. Nacionalidad</b> Col
<b>14. Lugar de nacimiento</b> País: Colombia Departamento: BOYACA Municipio: SAMACA	<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> Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Categoría de discapacidad:	<b>19. Tiene encuesta SISBEN</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>20. Clasificación SISBEN</b> Nivel: Grupo:	<b>21. Grupo de población especial</b>
<b>22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL</b>	<b>23. Administradora de Pensiones</b>
<b>24. Ingreso base de cotización - IBC</b> 7.423.500	<b>25. Tarifa Contribución Solidaria</b>
<b>26. Residencia</b> Dirección: CALLE 90 - 50 - 30 Teléfono Celular: 3744358795 Correo Electrónico: YOMI157JUNGLE5509M411.COM	
<b>Departamento</b> BOYACA	<b>Municipio / Distrito</b> BOYACA
<b>Localidad / Comuna</b>	<b>Zona</b> Cabecera Municipal <input checked="" type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>

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

**Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante**

<b>27. Apellidos y nombres</b> Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:	
<b>28. Tipo de documento de identidad</b>	<b>29. Número del documento de identidad</b>
<b>30. Sexo biológico</b> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	<b>31. Sexo identificación</b> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
<b>32. Nacionalidad</b>	<b>33. Fecha de nacimiento</b>
<b>33. Lugar de nacimiento</b> 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> Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:	
<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> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
<b>40. Sexo identificación</b> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	<b>41. Lugar de nacimiento</b> País: Departamento: Municipio:
<b>42. Fecha de nacimiento</b>	

**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 SISBEN</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>48. Clasificación SISBEN</b> Nivel: Grupo:	<b>49. Discapacidad</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad:	<b>50. Incapacidad permanente</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
B1				Sí	No	Categoría de discapacidad:	Sí
B2				Sí	No	Categoría de discapacidad:	Sí
B3				Sí	No	Categoría de discapacidad:	Sí
B4				Sí	No	Categoría de discapacidad:	Sí
B5				Sí	No	Categoría de discapacidad:	Sí

**51. Datos de residencia**

<b>Departamento</b>	<b>Municipio / Distrito</b>	<b>Zona</b> Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural	<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				

A. AFILIACIÓN

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		

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

55. Nombre o razón social <b>MANANTONES ESPECIALES</b>	56. Tipo documento de identificación <b>NIT</b>	57. Número del documento de identificación <b>907 056 044</b>	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			
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación	<input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.		
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación	<input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.		
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.	<input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado		
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen		
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.		
<input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante.		
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado		
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.		
<input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	<input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.		
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	<input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.		
<input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.			

**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
			Femenino Masculino
		63. Sexo identificación	Cuál
		F M T NB Otro	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado
<b>TAMTAS</b>		<b>05/09/2025</b>	Código
		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

<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 razones 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 Sisben 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
<b>YOMAIRA BUITRAGO</b>	<b>VIVIANA BERNAL</b>

**X. ANEXOS**

<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 separación de cuerpos.	
<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.	
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:	
----------------	--

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