

71. Firma del funcionario

9010478925

No. de Radicación	
26909282)

NIT 830.003.564-7 10 | 10 | 2023 | Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo . DATOS DEL TRÁMITE 3. Régimen 4. Tipo de afiliado 5. Tipo de cotizante 1. Tipo de trámite 2. Tipo de Afiliación A. Dependiente X A. Afiliación A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia X B. Colectiva A. Contributivo X A. Cotizante · Beneficiario o afiliado adicional B. Reporte de Novedades X B. Subsidiado B. Independiente C. Institucional B. Cabeza de familia D. De oficio C. Beneficiario C. Pensionado A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia) 6. Apellidos y nomby ALENZUELA **ROZO** NELSON Segundo Nombre 8. Número del documento 10. Fecha de 7. Tipo de documento CC de identidad Α 13615196 D 01 D M 04 M Α Femenino Masculino X A1968 de identidad III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales) 13. Puntaje SISBÉN 14. Grupo de población especial 16. Administradora de pensiones INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES ISS Tipo F N M Condición T P 17. Ingreso base \$1.160.000 Teléfono fijo Teléfono celular Zona Urbana Rural Municipio / Distrito 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 Segundo Apellido Primer Nombre 21. Número del documento 22. Sexo 23. Fecha de 20. Tipo de documento de identidad Femenino Masculino de identidad nacimiento Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales 24. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre **B**1 B2 ВЗ **B4** B5 25. Tipo de documento **Datos complementarios** 27. Sexo 26. Número del documento de identidad 28. Fecha de nacimiento de identidad Femenino | Masculino 29. Parentesco 30. Etnia **B**1 B2 DM Α ВЗ D D M **B4** 31. Discapacidad 32. Datos de residencia 33. Valor de la UPC del afiliado adiciona Zona Departamento Municipio / Distrito Teléfono fijo v/o celular (a registrar por la EPS) Urbana Rural В1 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) V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO 36. Tipo de documento 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) ANGULO GRANDAS YEIMY 52897521 de identificación **BOGOTA DISTRITO CAPITAL** 3413594 CL 18 13A 13 Dirección **B. REPORTE DE NOVEDADES** 40. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación 2. Corrección dedatos básicos de identificación 3. Actualización del documento de identidad 4. Actualización y corrección de datos complementarios 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código 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 X 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 Segundo Apellido Tipo de documento Número del documento de identidad Fecha de nacimiento 42. Fecha novedad D D M M D10D | M10M Femenino Masculino de identidad 43. EPS anterior 44. Motivo de traslado 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensi Código VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o 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 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 vigentes 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 idor, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario IX. ANEXOS SC RC Anexo copia del documento de identidad: CN Total Cantidad: 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 y escritura pública, 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. 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. 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 o se ordene la afiliación de oficio. 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 70. Datos del funcionario que realiza la validación Número del documento de identidad **OBSERVACIONES** Tipo de documento CARGO: CONDUCTOR TRACTOMULA

05/2016