



9007634448
9007634448

No. de Radicación

21566041

Fecha de Radicación

30042021A

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

B. Colectiva

C. Institucional

D. De oficio

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)

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

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido

BRICENO

ROBERTH

JOSE

7. Tipo de documento de identidad

PE

8. Número del documento de identidad

752223510021980

9. Sexo

Femenino

Masculino

10. Fecha de nacimiento

D10D

M02M

A

A1980

A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia

12. Discapacidad

Tipo

F

N

M

Condición

T

P

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de riesgos laborales - ARL

POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.

16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC

\$908.526

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

D

D

M

M

A

A

A

A

D

D

M

M

A

A

A

A

D

D

M

M

A

A

A

A

D

D

M

M

A

A

A

A

Datos complementarios

29. Parentesco

30. Etnia

31. Discapacidad

Tipo

F

N

M

Condición

T

P

32. Datos de residencia

Municipio / Distrito

Zona

Urbana

Rural

Departamento

Teléfono fijo y/o celular

33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

B1

B2

B3

B4

B5

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS

C

B

B

B

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

35. Nombre o razón social

PROYECTOS ESTRATEGICOS

36. Tipo de documento de identificación

NT

37. Número del documento de identificación

900395040

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

CR 66 79A 30 U 2

40. Correo electrónico

BOGOTA

DISTRITO CAPITAL

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

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

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

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

42. Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

Sexo

Femenino

Masculino

43. Fecha de nacimiento

D

D

M

M

A

A

A

A

44. Fecha novedad

D16D

M04M

A

A2021

A

45. EPS anterior

46. Motivo de traslado

Código

47. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

48. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.

49. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

50. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

51. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

52. 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.

53. 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.

54. 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.

55. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

56. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

57. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

58. Anexo copia del documento de identidad:

CN

RC

TI

CC

PA

CE

CD

SC

Cantidad:

Total

59. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

60. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

61. 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.

62. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

63. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

64. 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.

65. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

66. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

67. 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

68. Identificación de la entidad Territorial

Código del municipio

Código del departamento

69. Datos del SISBÉN

Número de la ficha

Puntaje

Nivel

70. Fecha de radicación

D

D

M

M

A

A

A

A

71. Fecha de validación

D

D

M

M

A

A

A

A

72. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

73. Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

74. OBSERVACIONES:

CARGO: AYUDANTE DE OBRA

75. Firma del funcionario