



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: <u>Pena</u> Segundo Apellido: <u>Torres</u> Primer Nombre: <u>Vanessa</u> Segundo Nombre: <u>Jones</u>	7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad <u>1019149A26</u>	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento <u>08/08/1988</u>
--	-----------------------------------	---	--	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo: <u>F N M</u> Condición: <u>T P</u>	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC <u>908-526</u>	18. Residencia <u>Penad0894@gmail.com</u> <u>calle 129f #104-54</u> Dirección: <u>Bogotá</u> Municipio / Distrito: <u>Susa</u> Zona: Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Localidad / Comuna: <u>Cund</u> Departamento: <u>BOGOTÁ</u>				

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: <u>Pena</u> Segundo Apellido: <u>Torres</u> Primer Nombre: <u>Vanessa</u> Segundo Nombre: <u>Jones</u>	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento <u>08/08/1988</u>
---	------------------------------------	---------------------------------------	---	--

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco		30. Etnia	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino	D	M	A	A		
B1								D	D	M	M	A	A
B2								D	D	M	M	A	A
B3								D	D	M	M	A	A
B4								D	D	M	M	A	A
B5								D	D	M	M	A	A

31. Discapacidad Tipo: <u>F N M</u> Condición: <u>T P</u>	32. Datos de residencia Municipio / Distrito: <u>Bogotá</u> Zona: Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento: <u>Susa</u> Teléfono fijo y/o celular: <u>3043298818</u>	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
--	--	---

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS <u>IPS FAMILIA</u>	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 <u>Ian Vanessa Pena Torres</u>	36. Tipo de documento de identificación <u>CC</u>	37. Número del documento de identificación <u>1019149A26</u>	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación <u>calle 129f #104-54</u> Dirección: <u>Bogotá</u> Municipio / Distrito: <u>Susa</u> Departamento: <u>BOGOTÁ</u>	40. Correo electrónico <u>Penad0894@gmail.com</u>	41. Teléfono <u>3043298818</u>	42. Socialización <u>Individual</u>

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	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 identidad <input type="checkbox"/>	4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/>	5. Terminación de la inscripción en la EPS <input type="checkbox"/>	6. Reinscripción en la EPS <input type="checkbox"/>	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/>	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/>	9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar <input checked="" type="checkbox"/>	10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando <input type="checkbox"/>	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/>	12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/>	13. Movilidad: A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/>	14. Traslado: A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/>	15. Reporte de fallecimiento <input type="checkbox"/>	16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/>	17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/>	18. Reporte de la calidad de Pensionado <input type="checkbox"/>
---------------------	---	---	--	---	---	---	---	---	---	--	---	---	--	---	---	---	--	--

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación Primer Apellido: <u>Pena</u> Segundo Apellido: <u>Torres</u> Primer Nombre: <u>Vanessa</u> Segundo Nombre: <u>Jones</u>	42. Fecha de nacimiento <u>08/08/1988</u>
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código: <u>01</u>
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	<input checked="" type="checkbox"/>
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	<input type="checkbox"/>
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.	<input checked="" type="checkbox"/>
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.	<input checked="" type="checkbox"/>
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.	<input checked="" type="checkbox"/>
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	<input checked="" type="checkbox"/>

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario <u>Ian Vanessa</u>	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio <u>Ian Vanessa</u>
--	---

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: <u>CN</u> <u>RC</u> <u>TI</u> <u>CC</u> <u>PA</u> <u>GE</u> <u>CD</u> <u>SC</u>	Cantidad: <u>1</u>	Total: <u>1</u>
57. Copia de documento de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	<input type="checkbox"/>	
58. Copia de registro de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	<input type="checkbox"/>	
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.	<input type="checkbox"/>	
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	<input type="checkbox"/>	
61. Copia de la orden judicial o del acta de interdicción o tutela.	<input type="checkbox"/>	
62. Copia del documento que conste la pérdida de 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"/>	
63. Copia de la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.	<input type="checkbox"/>	
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	<input type="checkbox"/>	
65. Copia de la autorización administrativa o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	<input type="checkbox"/>	

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad territorial Código del municipio: <u>01</u>	67. Datos del SISBEN Código del tipo de vivienda: <u>01</u> Número de la ficha: <u>01</u> Puntaje: <u>01</u> Nivel: <u>01</u>	68. Fecha de radicación <u>08/08/2021</u>	69. Fecha de validación <u>08/08/2021</u>
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido: <u>Ian</u> Segundo Apellido: <u>Vanessa</u> Primer Nombre: <u>Vanessa</u> Segundo Nombre: <u>Jones</u>	71. Firma del funcionario <u>Vanessa Jones</u>	OBSERVACIONES: <u>INDICAR NOVEDAD</u>	