

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y
REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**

Fecha de Radicado

D D M M A A A A

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)**8. Apellidos y nombres**

Primer Apellido: BURBANO Segundo Apellido: MUÑOZ Primer Nombre: MARLON Segundo Nombre:

 9. Tipo de documento de identidad: CC 10. Número del documento de identidad: 16934449 11. Sexo biológico: Femenino Masculino 12. Sexo Identificación: F M T NB Otro Cuál: 13. Nacionalidad: COLOMBIA

14. Lugar de nacimiento País: CALI Departamento: COLOMBIA Municipio: VALLE DEL CAUCA 15. Fecha de nacimiento: 2 2 0 3 1 9 8 1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
 Datos Personales 16. Etnia: 17. Comunidad: 18. Discapacidad: Si No Categoría de discapacidad: 19. Tiene encuesta SISBÉN: Si No Nivel Grupo: 20. Clasificación SISBÉN: 21. Grupo de población especial:

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA 23. Administradora de Pensiones: PORVENIR 24. Ingreso base de cotización - IBC: \$1.971.000 25. Tarifa Contribución Solidaria:

26. Residencia Dirección: CARRERA 40A #30C -44 Teléfono Fijo: 3217798289 Teléfono Celular: Correo Electrónico: burbanomarlon090520@gmail.com

Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio / Distrito: CALI Localidad / Comuna: CIUDAD MODELO Zona: Cabecera Municipal 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 Cuál: 32. Nacionalidad:

33. Lugar de nacimiento País: Departamento: Municipio: 34. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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 Cuál: País: Departamento: Municipio: D D M M A A A A

B1 B2 B3 B4 B5

41. Lugar de nacimiento País: Departamento: Municipio: 42. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

B1 B2 B3 B4 B5

Datos complementarios del Beneficiario

 43. Parentesco: 44. Etnia: 45. Comunidad: 46. Grupo de población especial: 47. Tiene encuesta SISBÉN: Si No Nivel Grupo: 48. Clasificación SISBÉN: 49. Discapacidad: 50. Incapacidad permanente: Si No

B1 B2 B3 B4 B5

51. 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 B2 B3 B4 B5

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)

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	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aporte o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
UT ALIMENTANDO YUMBO 2025	NIT	901979218-9	

59. Ubicación Dirección	calle 15 #26-101	Teléfono fijo o Celular	3164219523
Correo Electrónico	contratacionrh@vallesolidario.com	Departamento	VALLE DEL CAUCA
		Municipio / Distrito	YUMBO

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. Misma 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 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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	63. Sexo Identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Cuál
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad 07012026	67. Motivo de traslado 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 intermisión del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. |
| <input type="checkbox"/> 73. Autorización para que la EPS solicite o obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. |
| <input 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 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 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 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
--	---

X. ANEXOS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad | Cantidad de documentos de identidad anexos: CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> |
| <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 terminación de la unión marital. | |
| <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 <input type="text"/> |

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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