

(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				3. Régimen		4. Contribución solidaria	
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>				A. Individual: <input type="checkbox"/> Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/>				B. Colectiva <input type="checkbox"/> D. De Oficio <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
5. Tipo de Afiliado				6. Tipo de Cotizante				7. Código			
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>				A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>				(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				Segundo Apellido				Primer Nombre		Segundo Nombre	
BURBANO				MUÑOZ				MARLON			
9. Tipo de documento de identidad		10. Número del documento de identidad		11. Sexo biológico		12. Sexo identificación		13. Nacionalidad			
CC		16934449		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		F M T NB Otro		COLOMBIA			
14. Lugar de nacimiento		País		Departamento		Municipio		15. Fecha de nacimiento			
CALI		COLOMBIA		VALLE DEL CAUCA		CALI		2 2 0 3 1 9 8 1			
III. DATOS COMPLEMENTARIOS											
Datos Personales											
16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad		19. Tiene encuesta SISBÉN		20. Clasificación SISBÉN		21. Grupo de población especial	
				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>			
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL				23. Administradora de Pensiones				24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria	
SURA				PORVENIR				\$1.971.000			
26. Residencia Dirección											
CARRERA 40A #30C -44											
Teléfono Celular											
3217798289											
Correo Electrónico											
burbanomarlon090520@gmail.com											
27. Departamento		Municipio / Distrito		Localidad / Comuna		Zona		Cabecera Municipal		Rural Disperso	
VALLE DEL CAUCA		CALI		CIUDAD MODELO							
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		31. Sexo identificación		32. Nacionalidad			
				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F M T NB Otro					
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		40. Sexo identificación		41. Lugar de nacimiento	
B1						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F M T NB Otro Cual		País Departamento Municipio	
B2						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F M T NB Otro Cual		País Departamento Municipio	
B3						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F M T NB Otro Cual		País Departamento Municipio	
B4						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F M T NB Otro Cual		País Departamento Municipio	
B5						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F M T NB Otro Cual		País Departamento Municipio	
Datos complementarios del Beneficiario											
43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial		47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN	
B1								Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	
B2								Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	
B3								Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	
B4								Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	
B5								Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	
49. Discapacidad		50. Incapacidad permanente									
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
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				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							
Dirección				Localidad/Comuna				Correo Electrónico			
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		56. Tipo documento de identificación		57. Número del documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)	
UT ALIMENTANDO YUMBO 2025		NIT		901979218-9			
59. Ubicación Dirección				Teléfono fijo o Celular			
calle 15 #26-101				3164219523			
Correo Electrónico		Departamento		Municipio / Distrito			
contratacionrh@vallesolidario.com		VALLE DEL CAUCA		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. 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 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		63. Sexo identificación		64. Fecha de nacimiento	
				Femenino Masculino		F M T NB Otro		D D M M A A A A	

65. EPS anterior

66. Fecha de novedad

67. Motivo de traslado

68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

07012026

Código

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

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

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.

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

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.

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.

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.

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

77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.

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

82. Anexo copia del documento de identidad

Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT

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

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

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.

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

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

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.

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 760 de 2016.

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

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	
						D D M M A A A A		D D M M A A A A	

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