

**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**

<b>1. Tipo de Trámite</b>		<b>2. Tipo de Afiliación</b>									
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			
<b>5. Tipo de Afiliado</b>		A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>		C. Beneficiario		<b>6. Tipo de Cotizante</b>		<b>7. Código</b>			
		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      Segundo Apellido      Primer Nombre      Segundo Nombre  
 ARBELAEZ      LANTIN      ISABELLA

9. Tipo de documento de identidad      10. Número del documento de identidad      11. Sexo biológico      12. Sexo Identificación      Cuál      13. Nacionalidad  
 CC      1006054035      Femenino  Masculino       F  M  T  NB  Otro       COLOMBIA

14. Lugar de nacimiento      País      Departamento      Municipio      15. Fecha de nacimiento  
 CALI      COLOMBIA      VALLE DEL CAUCA      CALI      0 6 0 3 2 0 0 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 checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input checked="" type="checkbox"/>	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL      23. Administradora de Pensiones      24. Ingreso base de cotización - IBC      25. Tarifa Contribución Solidaria  
 SURA      PORVENIR      \$3.472.809

26. Residencia Dirección      Teléfono Fijo  
 CALLE 47 # 7N-71

Teléfono Celular      Correo Electrónico  
 3821217 - 3107166625      lantinisabella@javerianacali.edu.co

Departamento      Municipio / Distrito      Localidad / Comuna      Zona  
 VALLE DEL CAUCA      CALI           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
		POPULAR	

28. Tipo de documento de identidad      29. Número del documento de identidad      30. Sexo biológico      31. Sexo Identificación      Cuál      32. Nacionalidad  
 Femenino  Masculino       F  M  T  NB  Otro

33. Lugar de nacimiento      País      Departamento      Municipio      34. Fecha de nacimiento

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      42. Fecha de nacimiento

B1			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="checkbox"/>	Pais <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Municipio <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A
B2			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="checkbox"/>	Pais <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Municipio <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A
B3			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="checkbox"/>	Pais <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Municipio <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A
B4			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="checkbox"/>	Pais <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Municipio <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A
B5			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="checkbox"/>	Pais <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Municipio <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
B2				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
B3				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
B4				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
B5				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad	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 <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>					
B2		Cabecera Municipal <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>					
B3		Cabecera Municipal <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>					
B4		Cabecera Municipal <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>					
B5		Cabecera Municipal <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>					

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	64. Fecha de nacimiento <input type="text"/> D D M M A A A A	
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad <input type="text"/> 0 7 0 1 2 0 2 6	67. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	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 <input type="text"/> D D M M A A A A	97. Fecha de validación <input type="text"/> 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
--	---------------------	-----------------------