

(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"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> D. De Oficio <input type="checkbox"/> C. Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/>				A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" 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	
ARBELAEZ				LANTIN				ISABELLA			
9. Tipo de documento de identidad		10. Número del documento de identidad		11. Sexo biológico		12. Sexo identificación		13. Nacionalidad			
CC		1006054035		Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		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 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				\$3.472.809			
26. Residencia Dirección											
CALLE 47 # 7N-71											
Teléfono Celular											
3821217 - 3107166625											
Correo Electrónico											
lantinisabella@javerianacali.edu.co											
Departamento		Municipio / Distrito		Localidad / Comuna		Zona		Cabecera Municipal		Rural Disperso	
VALLE DEL CAUCA		CALI									
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		32. Nacionalidad			
				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		País <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Municipio <input type="checkbox"/>	
B2						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		País <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Municipio <input type="checkbox"/>	
B3						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		País <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Municipio <input type="checkbox"/>	
B4						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		País <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Municipio <input type="checkbox"/>	
B5						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		País <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Municipio <input type="checkbox"/>	
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 <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											

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
		Femenino Masculino	F M T NB Otro
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	0 7 0 1 2 0 2 6	Código	

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 internación 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 y 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 RC TI CC CE PA CD SC PT	
<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 760 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
			D D M M A A A A A
			97. Fecha de validación
			D D M M A 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