mutualser
Atención sin tanta vuelta

# CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **KATHERIN MICHEL PACHECO DE ORO** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1082862907** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

| | |
|---|---|
| Estado Afiliado: | **Activo** |
| IPS de atención: | **FUNDACION PROMAGDALENA** |
| Categoría: | **A** |
| Fecha afiliación: | **03/09/2025** |
| Régimen: | **Contributivo** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 03 de septiembre del 2025. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

**Observaciones:**

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS



Powered by CamScanner

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

| No. de radicado | Fecha de radicado |
|---|---|
| 47001-00120988-SM | 0 3 0 9 2 0 2 5 |



**Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo**

## I. DATOS DE TRÁMITE

| 1. Tipo de trámite | 2. Tipo de afiliación | | 3. Régimen | 4. Contribución solidaria |
|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación ( ) B. Reporte de novedades (X) | B. Colectiva ( ) | A. Individual: -Cotizante o cabeza de familia (X) -Beneficiario o afiliado adicional ( ) C. Institucional ( ) D. De oficio ( ) | A. Contributivo (X) B. Subsidiado ( ) | SI ( ) No (X) |

| 5. Tipo de afiliado | 6. Tipo de cotizante | 7. Código (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| A. Cotizante (X) B. Cabeza de familia ( ) C. Beneficiario ( ) D. Afiliado adicional ( ) | A. Dependiente ( ) B. Independiente (X) C. Pensionado ( ) | ESSC07 |

## II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional) — A. AFILIACIÓN

| 8. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| PACHECO | DE ORO | KATHERIN | MICHEL |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | 13. Nacionalidad | 14. Lugar de nacimiento | | | | | | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1082862907 | Femenino (X) Masculino ( ) | F (X) M ( ) T ( ) NB ( ) Otro ( ) Cual | COL | País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA | 0 3 0 3 2 0 0 5 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad / Categoría de discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBÉN | 20. Clasificación SISBÉN | 21. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|---|---|
| | | SI ( ) NO (X) | SI ( ) NO (X) | Nivel ( ) Grupo ( ) | 9 |

| 22. Administradora de riesgos laborales - ARL | 23. Administración de pensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC | 25. Tarifa contribución solidaria |
|---|---|---|---|
| | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES | $1.423.500 | |

| 26. Residencia | | | |
|---|---|---|---|
| CL 28 # 13 - 95 (Dirección) | Teléfono fijo | 3244138474 (Teléfono celular) | KATHERINMICHELLPACHECO@GMAIL.COM (Correo electrónico) |
| MAGDALENA (Departamento) | SANTA MARTA (Municipio / Distrito) | BOSTON (Localidad / Comuna) | Zona: Cabecera municipal (X) Centro poblado ( ) Rural disperso ( ) Resto rural ( ) |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 27. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |

| 28. Tipo de Documento de | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación | 32. Nacionalidad | 33. Lugar de nacimiento | | | | | | 34. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ( ) Masculino ( ) | F ( ) M ( ) T ( ) NB ( ) Otro ( ) Cual | | País | | Departamento | | Municipio | | D D M M Y Y Y Y |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Femenino | Masculino | F | M | T | NB | Otro | Cual | País | Departamento | Municipio | D D M M Y Y Y Y |
| B1 | | | | | | | | | | | | | | | D D M M Y Y Y Y |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | | D D M M Y Y Y Y |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | | D D M M Y Y Y Y |
| B4 | | | | | | | | | | | | | | | D D M M Y Y Y Y |
| B5 | | | | | | | | | | | | | | | |

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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | SI | NO | Nivel | Grupo | SI | NO | Categoría de discapacidad | SI | NO |
| B1 | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | |

| | 51. Datos de residencia: Departamento | Municipio / Distrito | Zona: Cabecera municipal | Centro poblado | Rural disperso | Resto rural | 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 | ALEJANDRO PROSPERO REVEREND E.S.E | 470010007101 |
| 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 de documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| KATHERIN MICHEL PACHECO DE ORO | CC | 1082862907 | 2 |

| 59. Ubicación: Dirección | Teléfono fijo o celular | Correo electrónico | Departamento | Municipio / Distrito |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Powered by CamScanner

mutualser

Atención sin barreras

NIT 806 008 394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**60. Tipo de Novedad**

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero
  Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [x] 14. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

**61. Datos básicos de identificación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| PACHECO | DE ORO | KATHERIN | MICHEL |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 62. Sexo biológico | 63. Sexo identificación | 64. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| CC | 1082862907 | Femenino [X] Masculino [ ] | F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otros [ ] Cual | 03 03 2005 |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|---|
| | 03 09 2025 | Código | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [x] 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
- [x] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [x] 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
- [x] 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [x] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o de 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
- [x] 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.**

| Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad |
|---|---|
| | |

## IX. FIRMAS

CC 1082862907

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

## X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad:

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

- [ ] 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 Decreto780 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 | | 93. Nombre de la Institución |
|---|---|---|
| Código del municipio | Código del departamento | |
| | | |

## 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 |
|---|---|
| DD MM AAAA | DD MM AAAA |

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

Powered by CamScanner