

**SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.**  
**NIT 805.001.157 - 2**  
**CERTIFICA:**

El(la) señor(a) **LILIA VANNESSA ECHEVERRI GUERRERO**, identificado(a) con CC 29360462 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., afiliado desde: 01/05/2016 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: **ACTIVO** por el Régimen **CONTRIBUTIVO**, en calidad de **COTIZANTE**

Su grupo familiar es:

| Tipo de Documento | Número de documento | Nombre del afiliado               | Estado de afiliación |
|-------------------|---------------------|-----------------------------------|----------------------|
| CC                | 29360462            | LILIA VANNESSA ECHEVERRI GUERRERO | VIGENTE              |

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año.

| Tipo doc | Número de documento | Nombre del Cotizante     | Tipo ID Empleador | NúmeroID Empleador | Razón Social                                            | Período Cotización | Días Cotizados |
|----------|---------------------|--------------------------|-------------------|--------------------|---------------------------------------------------------|--------------------|----------------|
| CC       | 29360462            | LILIA VANNESSA ECHEVERRI | CC                | 29360462           | LILIA VANNESSA ECHEVERRI GUERRERO                       | 2024/12            | 30             |
| CC       | 29360462            | LILIA VANNESSA ECHEVERRI | NI                | 900522923          | ASOCIACION GREMIAL ESPECIALIZADA EN SALUD DEL OCCIDENTE | 2024/12            | 30             |
| CC       | 29360462            | LILIA VANNESSA ECHEVERRI | NI                | 900522923          | ASOCIACION GREMIAL ESPECIALIZADA EN SALUD DEL OCCIDENTE | 2025/01            | 30             |
| CC       | 29360462            | LILIA VANNESSA ECHEVERRI | NI                | 900522923          | ASOCIACION GREMIAL ESPECIALIZADA EN SALUD DEL OCCIDENTE | 2025/02            | 30             |
| CC       | 29360462            | LILIA VANNESSA ECHEVERRI | NI                | 900522923          | ASOCIACION GREMIAL ESPECIALIZADA EN SALUD DEL OCCIDENTE | 2025/03            | 30             |
| CC       | 29360462            | LILIA VANNESSA ECHEVERRI | CC                | 29360462           | LILIA VANNESSA ECHEVERRI GUERRERO                       | 2025/04            | 6              |
| CC       | 29360462            | LILIA VANNESSA ECHEVERRI | NI                | 900522923          | ASOCIACION GREMIAL ESPECIALIZADA EN SALUD DEL OCCIDENTE | 2025/04            | 30             |
| CC       | 29360462            | LILIA VANNESSA ECHEVERRI | NI                | 900522923          | ASOCIACION GREMIAL ESPECIALIZADA EN SALUD DEL OCCIDENTE | 2025/05            | 30             |
| CC       | 29360462            | LILIA VANNESSA ECHEVERRI | NI                | 900522923          | ASOCIACION GREMIAL ESPECIALIZADA EN SALUD DEL OCCIDENTE | 2025/06            | 30             |
| CC       | 29360462            | LILIA VANNESSA ECHEVERRI | NI                | 900522923          | ASOCIACION GREMIAL ESPECIALIZADA EN SALUD DEL OCCIDENTE | 2025/07            | 30             |
| CC       | 29360462            | LILIA VANNESSA ECHEVERRI | CC                | 29360462           | LILIA VANNESSA ECHEVERRI GUERRERO                       | 2025/11            | 30             |
| CC       | 29360462            | LILIA VANNESSA ECHEVERRI | NI                | 900522923          | ASOCIACION GREMIAL ESPECIALIZADA EN SALUD DEL OCCIDENTE | 2025/11            | 30             |
| CC       | 29360462            | LILIA VANNESSA ECHEVERRI | CC                | 29360462           | LILIA VANNESSA ECHEVERRI GUERRERO                       | 2025/12            | 30             |

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los SEIS (6) días del mes de DICIEMBRE del año 2025.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

**Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.**

Atentamente,



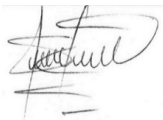
**Andres Arango Zapata.**  
Gerencia de Experiencia al Usuario

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LILIA VANNESSA ECHEVERRI GUERRERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **29360462**, se encuentra afiliado/a desde **01/01/2003** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de noviembre de 2025.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA



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

| No. De Radicado                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Fecha de Radicado                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 19-11-25                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>I. Datos del trámite</b>                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
| 1. Tipo de Trámite<br>A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/><br>B. Reporte de Novedad <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Tipo de Afiliación<br>A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/><br>- Beneficiario o Afiliado Adicional <input type="checkbox"/><br>B. Colectiva <input type="checkbox"/><br>C. Institucional <input type="checkbox"/><br>D. De oficio <input type="checkbox"/> | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/><br>B. Subsidiado <input type="checkbox"/>                                                       | 4. Contribución Solidaria<br>Si <input type="checkbox"/><br>No <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                        |
| 5. Tipo de Afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/><br>C. Beneficiario <input type="checkbox"/>                  | B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/><br>D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                            | 6. Tipo de Cotizante<br>A. Dependiente <input type="checkbox"/><br>B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/><br>C. Pensionado <input type="checkbox"/> | 7. Código (a registrar por la EPS)                                                                                                                                                                                        |
| <b>II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)</b>     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
| 8. Apellidos y Nombres<br>Echeverri Goerrero, Liliy. Vanessa.                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
| 9. Tipo de Documento de Identidad<br>CC                                                                                              | 10. N° de Documento de Identidad<br>29360462                                                                                                                                                                                                                                                               | 11. Sexo biológico<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/><br>Masculino <input type="checkbox"/>                                                          | 12. Sexo Identificación<br>F <input checked="" type="checkbox"/><br>M <input type="checkbox"/><br>T <input type="checkbox"/><br>NB <input type="checkbox"/><br>Otro <input type="checkbox"/><br>Cuál <input type="text"/> |
| 13. Nacionalidad<br>Colombiano                                                                                                       | 14. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio:                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                   | 15. Fecha de nacimiento<br>DD/MM/AAAA                                                                                                                                                                                     |
| <b>III. DATOS COMPLEMENTARIOS</b>                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
| Datos Personales                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
| 16. Etnia                                                                                                                            | 17. Comunidad                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 18. Discapacidad<br>Categoría de la discapacidad: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>                                              |                                                                                                                                                                                                                           |
| 19. Tiene encuesta SISBEN<br>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>                                      | 20. Clasificación SISBEN<br>Nivel: Grupo:                                                                                                                                                                                                                                                                  | 21. Grupo de Población Especial                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br>Positiva                                                                            | 23. Administradora de Pensión<br>No pensiones                                                                                                                                                                                                                                                              | 24. Ingreso Base de Cotización - IBC<br>21178000                                                                                                                  | 25. Tarifa contribución solidaria                                                                                                                                                                                         |
| 26. Residencia<br>Calle 7 35-38<br>Valle                                                                                             | 27. Teléfono Fijo<br>3146692120                                                                                                                                                                                                                                                                            | 28. Línea celular<br>3146692120                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR</b>                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
| Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cotizante                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
| 27. Apellidos y Nombres<br>Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
| 28. Tipo de Documento de Identidad                                                                                                   | 29. N° de Documento de Identidad                                                                                                                                                                                                                                                                           | 30. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>                                                                        | 31. Sexo Identificación<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/><br>T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/><br>Otro <input type="checkbox"/><br>Cuál <input type="text"/>                  |
| 32. Nacionalidad                                                                                                                     | 33. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio:                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                   | 34. Fecha de nacimiento<br>DD/MM/AAAA                                                                                                                                                                                     |
| <b>Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales</b>                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
| 35. Apellidos y Nombres                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
| B1                                                                                                                                   | Primer Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Segundo Apellido                                                                                                                                                  | Primer Nombre Segundo Nombre                                                                                                                                                                                              |
| B2                                                                                                                                   | Primer Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Segundo Apellido                                                                                                                                                  | Primer Nombre Segundo Nombre                                                                                                                                                                                              |
| B3                                                                                                                                   | Primer Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Segundo Apellido                                                                                                                                                  | Primer Nombre Segundo Nombre                                                                                                                                                                                              |
| B4                                                                                                                                   | Primer Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Segundo Apellido                                                                                                                                                  | Primer Nombre Segundo Nombre                                                                                                                                                                                              |
| B5                                                                                                                                   | Primer Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Segundo Apellido                                                                                                                                                  | Primer Nombre Segundo Nombre                                                                                                                                                                                              |
| 36. Tipo Documento                                                                                                                   | 37. N° documento de Identidad                                                                                                                                                                                                                                                                              | 38. Nacionalidad                                                                                                                                                  | 39. Sexo biológico<br>Femenino Masculino F M T NB Otro Cual                                                                                                                                                               |
| B1                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   | 40. Sexo Identificación<br>F M T NB Otro Cual                                                                                                                                                                             |
| B2                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   | 41. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio:                                                                                                                                                                 |
| B3                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   | 42. Fecha de nacimiento<br>DD/MM/AAAA                                                                                                                                                                                     |
| B4                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   | DD/MM/AAAA                                                                                                                                                                                                                |
| B5                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   | DD/MM/AAAA                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Datos Complementarios del beneficiario</b>                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
| 43. Parentesco                                                                                                                       | 44. Etnia                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 45. Comunidad                                                                                                                                                     | 46. Grupo de población especial                                                                                                                                                                                           |
| B1                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   | 47. Tiene encuesta SISBEN<br>Si No                                                                                                                                                                                        |
| B2                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   | 48. Clasificación SISBEN<br>Nivel Grupo                                                                                                                                                                                   |
| B3                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   | 49. Discapacidad<br>Si No                                                                                                                                                                                                 |
| B4                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   | 50. Incapacidad permanente<br>Si No                                                                                                                                                                                       |
| B5                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>51. Datos de Residencia</b>                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
| Departamento                                                                                                                         | Municipio / Distrito                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Zona<br>Cabecera Municipal Centro poblado Rural disperso Resto rural                                                                                              | Teléfono fijo y/o celular                                                                                                                                                                                                 |
| B1                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)                                                                                                                                                       |
| 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<br>Donferando Amade                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)<br>00001                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                           |
| B1                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
| B2                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
| B3                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
| B4                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
| B5                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO</b>     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
| 55. Nombre o Razón Social                                                                                                            | 56. Tipo de Documento de Identidad                                                                                                                                                                                                                                                                         | 57. Número de identificación                                                                                                                                      | 58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones<br>(A Registrar por la EPS)                                                                                                                                                  |
| 59. Ubicación<br>Dirección Teléfono Correo Electrónico Departamento Municipio/Distrito                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |

### B. REPORTE DE NOVEDADES

| 60. Tipo de Novedad                 |                                                                                                                   |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>            | 1. Modificación de datos básicos de Identificación.                                                               |
| <input type="checkbox"/>            | 2. Corrección de datos básicos de Identificación.                                                                 |
| <input type="checkbox"/>            | 3. Actualización del documento de identidad.                                                                      |
| <input type="checkbox"/>            | 4. Actualización y corrección de datos complementarios.                                                           |
| <input type="checkbox"/>            | 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="checkbox"/>                                       |
| <input type="checkbox"/>            | 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input type="checkbox"/>                                         |
| <input type="checkbox"/>            | 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                                         |
| <input type="checkbox"/>            | 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.                                          |
| <input type="checkbox"/>            | 10. Terminación de relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.                               |
| <input type="checkbox"/>            | 11. Inscripción EPS retorno al país                                                                               |
| <input type="checkbox"/>            | 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.                                   |
| <input type="checkbox"/>            | 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.                               |
| <input type="checkbox"/>            | 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/><br>B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>            | 15. Traslado: A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/><br>B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/>            | 16. Reporte de Fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia                                                    |
| <input type="checkbox"/>            | 17. Reporte del tramite de protección al cesante.                                                                 |
| <input type="checkbox"/>            | 18. Reporte de la calidad de pre-pensionado.                                                                      |
| <input type="checkbox"/>            | 19. Reporte de la calidad de pensionado.                                                                          |
| <input type="checkbox"/>            | 20. Ingreso a Contribución Solidaria.                                                                             |
| <input type="checkbox"/>            | 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                                                                                                                                                             |  |                                           |  |
| Tipo de Documento de Identidad      |  | Número de documento de Identidad       |  | 62. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |  | 63. Sexo Identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/><br>T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál |  | 64. Fecha de Nacimiento<br>DD / MM / AAAA |  |
| 65. EPS anterior                    |  | 66. Fecha de novedad<br>DD / MM / AAAA |  | 67. Motivo de traslado<br>Código:                                                          |  | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones                                                                                                                   |  |                                           |  |

## 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 intervención 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 Sisben 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 del documento de Identidad: |                |

## IX. FIRMAS

|                                                                                               |                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional</p> | <p>81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|

## X. ANEXOS

☐ 82. Anexo copia del documento de identidad:  
cantidad de documento de identidad anexos    ☐ CN   ☐ RC   ☐ TI   ☐ CC   ☐ PA   ☐ CE   ☐ 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 780 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    3

**XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/o INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>92. Identificación de la Entidad Territorial</b><br>Código del Municipio      Código del Departamento<br><div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div> |  | <b>93. Nombre de la Institución</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 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 |  | Numero de Documento de Identidad | 95. Firma del funcionario |
| 96. Fecha de radicación        |  | 97. Fecha de validación          |                           |
| DD / MM / AAAA                 |  | DD / MM / AAAA                   |                           |

**OBSERVACIONES:**

Asesor 2374

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.

**LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES  
CERTIFICA QUE:**

**LILIA VANESSA ECHEVERRI GUERRERO** identificado con **Cédula Ciudadanía 29360462** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE          |                               |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| Nombre y/o Razón Social              | MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI |
| Tipo y Número de Documento           | NIT 890399011                 |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA          |                               |
| Fecha de Inicio de Cobertura         | 2025/11/25                    |
| Estado de Afiliación                 | Activo                        |
| Tipo de Vinculación                  | Independiente                 |
| Fecha de Inicio del Contrato         | 2025/11/01                    |
| Fecha Fin del Contrato               | 2025/12/31                    |
| Código Actividad Económica Principal | 1841201                       |
| Clase de Riesgo                      | 1                             |
| Fecha de Retiro                      | 2025/12/31                    |

Esta certificación se expide a los 2025/11/24.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES  
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.**

**Positiva Compañía de Seguros S.A.:**  
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

**LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS**