FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014156668	0|7|0|2|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2 Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
CERCHIARO (Primer apellido)	OSORIO (Segundo apellido)	MARIA (Primer nombre)	CAMILA (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1065810996	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais:	COLOMBIA	Departamento:	CESAR	Municipio:	VALLEDUPAR | 2|4|1|0|1|9|9|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1423500	

26.Residencia

MZ C CA 15 LA RIOJA (Dirección)	Telefono fijo	3152521174 (Telefono celular)	MCCERCHIARO@GMAIL.COM (Correo electronico)

CESAR (Departamento)	VALLEDUPAR (Municipio/Distrito)	COMUNA 1 (Localidad / comuna)	zona	Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐	Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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 documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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 documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

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)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS ALFONSO LOPEZ - VS ALFONSO LOPEZ	VSALFONSOL - VSALFONSOL
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
WEBSYS SOLUCIONES INFORMATICAS	NIT	624000081	01

59.Ubicación

CL 4 B 19 C 19 MZ 3 CA 3 (Dirección)	3106525 (Teléfono fijo o celular)	NELSONGUTIERREZACOSTA@GMAIL.COM (Correo electrónico)	CESAR (Departamento)	VALLEDUPAR (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4014156668

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion 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
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al pais.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 14. Movilidad: ☐ 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|2|0|2|2|0|2|5	Código: ☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- 70. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 71. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72. ☐ Declaracion de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 73. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- 76. ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje 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, segun 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 documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

Maria Cerchiaro	Claudia Osorio
80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador 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: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificacion 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 documento de identidad	Numero documento de identidad	95 Firma del funcionario
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA CAMILA CERCHIARO OSORIO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1065810996,** se encuentra afiliado/a desde **05/11/2020** 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 27 de enero de 2026.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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.

https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14005969

Hacer clic para volver (Alt+Flecha izquierda), mantener pulsado para ver el historial

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar

Profile Settings

- User Data
- Platform Notifications History
- My Memberships
- User Accesses
- Terms Of Use

Editar

Información del usuario

Cargo	
Título	
Nombre	MARIA CAMILA
Apellidos	CERCHIARO OSORIO
Fecha de Nacimiento	24/10/1994 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Nivel Educativo	CompleteUniversity
Género	
¿Tiene alguna discapacidad?	Sí No
Nombre y apellido	MARIA CAMILA CERCHIARO OSORIO
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	mccerchiaro@gmail.com
Teléfono	
Celular	3133045624

Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1065810996 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 28/01/2026 12:31 PM

Código Verificación: **DLUC4MYASV**

Válida hasta: **28/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Valledupar, 24 de enero de 2024

SOPHOS
Partner Program

CERTIFICACION LABORAL

Por medio de la presente certificamos que la señora **MARIA CAMILA CERCHIARO OSORIO** identificada con cedula de ciudadanía No. 1065810996 de Valledupar labora en nuestra empresa desde el 13 de mayo del 2019 a la fecha con un contrato a tiempo indefinido (Medo tiempo) ocupando el cargo de COORDINADOR COMERCIAL.

RESPONSABILIDADES

- Evaluar e identificar oportunidades nuevas de crecimiento en los mercados actuales y prospectos.
- Reclutar y capacitar a nuevos empleados
- Diseñar estrategias y planes comerciales que cumplan con las metas de la empresa
- Evaluar a los empleados a fin de determinar las áreas de mejora
- Desarrollar un presupuesto integral y analizarlo frecuentemente para hacer ajustes
- Asegurarse de la empresa cuenta con suficientes recursos, como equipo, personal y material
- Garantizar que todas las actividades de la empresa cumplan con los lineamientos y las políticas jurídicas
- Evaluar el desempeño general de la empresa
- Establecer las metas y los objetivos de la empresa

FUNCIONES

- Planear, evaluar y dirigir las operaciones de las ventas minoristas o mayoristas
- Gestionar al personal y asignarle responsabilidades
- Evaluar los productos o servicios que se pondrán a la venta
- Fijar los precios e implementar las políticas de créditos
- Fijar las metas de ventas

- Hacer un balance general mensual con ganancias y pérdidas
- Comprender cómo funciona el mercado local
- Desarrollar y llevar a cabo los planes de capacitación de clientes mediante ventas directas, telefónica o en línea
- Diseñar e implementar estrategias de mercadotecnia, como descuentos y promociones.
- Elaborar informes de ventas según se requieran para asegurarse de que se cumplan las metas de ventas.
- Verificar que el desempeño del personal en el establecimiento sea alto al evaluar los esfuerzos, las metas, los costos y las ganancias.

Atentamente,

ING. Nelson Gutiérrez Acosta
CE 30.30.15 de Bogotá
Gerente
SOPHOS Certified Engineer