# PIJAOS SALUD E.P.S.I.

RESOLUCIÓN 013 DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS INDÍGENAS DEL MINISTERIO DEL INTERIOR
NIT 809.008.362 - 2

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciado)

| No. de Radicación | Fecha de Radicación |
|---|---|
| C-31628 | 14 / 01 / 26 (DD / MM / AA) |

## I. DATOS DEL TRAMITE

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.Tipo de Tramite | A. Afiliación [ ] B. Reporte Novedad [X] | 2. Tipo de Afiliación | Cotizante o cabeza de Familia [X] A. Individual: Beneficiario o afiliado adicional [ ] | B. Colectiva [ ] | C. Institucional [ ] | D. De Oficio [ ] | 3 Régimen | C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ] | | | |
| 4. Tipo de Afiliado | A. cotizante [X] | B. Cabeza de familia [ ] | C. Beneficiario [ ] | 5. Tipo de Cotizante | A. Dependiente [X] | B. Independiente [ ] | C. Pensionado [ ] | Código (a registrar por la EPS) | | | |

## A. AFILIACIÓN

### II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. Apellidos y nombres | Primer apellido: Culma | Segundo apellido: Riaño | Primer nombre: William | Segundo nombre: — | | | | | |
| 7.Tipo de documento de identidad | CC | 8. Número documento de identidad | 1110.177.089 | 9. Sexo | Femenino [ ] | Masculino [X] | 10. Fecha de nacimiento | 06 / 12 / 1999 | |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11. Etnia | | 12. Discapacidad | Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P] | 13. Puntaje SISBEN | | 14. Grupo de Población Especial | |
| 15. Administradora de Riesgos laborales ARL | Axa colpatria | 16. Administradora de Pensiones | Porvenir | 17. Ingreso base de cotización | $1.750.905 | | |
| 18. Residencia | Dirección: olaya herrera | | Teléfono fijo: — | Celular: 3133306761 | | | |
| | Correo Electrónico: William.culma3@gmail.com | | Municipio/distrito: ortega | Zona: Urbana [ ] Rural [X] | | | |
| | Localidad/Comuna | | Departamento: Tolima | | | | |

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

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 19. Apellidos y nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | | | Segundo Nombre |
| 20. Tipo de documento | | 21. Número de documento | | 22. Sexo | D D M M A A A A |

PIJAOS SALUD E.P.S.I. PROCESADO FECHA Día 16 Mes 01 Año 2026 Oficina Ortega

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados

| | 24.Apellido y nombres completos Primer apellido | Segundo apellido | | Segundo nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 25. Tipo documento de identidad | 26. Número documento de identidad | 27. Sexo Femenino | Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | D D M M A A A A |
| B2 | | | | | D D M M A A A A |
| B3 | | | | | D D M M A A A A |
| B4 | | | | | D D M M A A A A |
| B5 | | | | | D D M M A A A A |

Datos Complementarios

| | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo E | N | M | Condición T | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

| | 32. Datos de residencia Municipio / Distrito | Zona Urbana | Rural | Departamento | Teléfono Fijo y/o Celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | |
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

Selección de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | | |
| B | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación |
|---|---|---|
| AWF ingeniería SAS | NIT | 901517177-3 |

| 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) | 39. Ubicación Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| | Cll 3 # 4a07 | 3219120192 |

| Correo electrónico | Municipio/ Distrito | Departamento |
|---|---|---|
| SSTawFingenieria@gmail.com | Ortega | Tolima |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de novedad**

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y/o corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código. [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 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 la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Movilidad. [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado. [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte de trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

## VI. DATOS NECESARIOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido: Colma | Segundo apellido: Riaño | Primer nombre: William | Segundo apellido: |

| Tipo de documento de identidad | Numero del documento | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha Novedad |
|---|---|---|---|---|
| CC | 1110172088 | Femenino [ ] Masculino [x] | 06/12/1999 | 14/01/2026 |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo del traslado Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de pensiones |
|---|---|---|
| | [ ] | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo. Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en la institución prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 50. Autorización para que las EPS soliciten y obtengan datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 51. 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.
- [x] 52. 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.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante , cabeza de familia o beneficiario. | 55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio |
|---|---|
| William Colma | |

## IX. ANEXOS

- [ ] 56 Copia del documento de identidad:

| | CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cantidad | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. 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.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. 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.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. 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.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la entidad territorial | | 67. Datos del SISBEN | | | 68. Fecha radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del Municipio | Código del departamento | Número de ficha | Puntaje | Nivel | D D M M A A A A | D D M M A A A A |
| [ ] | [ ] | | | | | |

70. Datos del funcionario que realiza la validadción

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de identidad | Número documento de identidad | 71. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| [ ] | | |

Observaciones:

Señores
**PIJAOS SALUD EPSI**
Carrera 8 No. 16-77
Ibagué - Tolima

Ref.: **AUTORIZACION MOVILIDAD ENTRE REGIMENES**

Respetados señores:

Por medio del presente, el suscrito william culma riaño identificado (a) con cedula de ciudadanía N° 1110172088 de ortega me permito certificar que he sido informado de lo estipulado en el decreto único reglamentario 780 de 2016 en su "**Artículo 2.1.7.7. *Movilidad entre regímenes.*** La movilidad es el cambio de régimen dentro de la misma EPS para los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud focalizados en los niveles I y II del Sisbén y las poblaciones especiales..."

La novedad de movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado deberá ser registrada por el afiliado al día siguiente de la terminación de la vinculación laboral o de la perdida de las condiciones para seguir cotizando como independiente y a más tardar el último día calendario del respectivo mes o al día siguiente del vencimiento del período de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante, si los hubiere.

**En virtud a que la novedad de movilidad no se puede registrar sin que hubiere mediado la manifestación de la voluntad del usuario, me permito autorizar a PIJAOS SALUD EPSI para que una vez se presente la novedad de retiro en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (Pila) o se informe por parte del trabajador independiente la terminación del contrato de trabajo se aplique la movilidad descendente al régimen subsidiado para mí y mi núcleo familiar garantizando la continuidad de los servicios incluidos en Plan de Beneficios en Salud (PBS).**

Para constancia firmo la presente autorización a los 14 días del mes de enero del año 2026

Cordialmente,



HUELLA

William Culma
C.C. 1110172088

Dirección de Contacto: olaya herrera

Departamento: Tolima Municipio: Ortega

Teléfono de Contacto: 3133306761

Correo Electrónico: william.culma3@gmail.com



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.110.172.088
CULMA RIAÑO

APELLIDOS
WILLIAM

NOMBRES
William Culma Riaño

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-DIC-1999
ORTEGA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

05-ENE-2018 ORTEGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2908500-01081701-M-1110172088-20190709 0066127516A 1 9908640335