Inspecciones Industriales
II.Colombia s.a.s

CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL ARTICULO 2.6.6.8 DE DECRETO UNICO REGLAMENTARIO
DEL SECTOR EDUCACIÓN INFORMAL DECRETO1075 DE 26 DE MAYO DE 2015.
RADICADO NO: E-2024-3939
SECRETARIA DE EDUCACIÓN DISTRITAL DE BOGOTÁ
REG. MERCANTIL Nº 03724627 NIT 901.138.566-4

CONSTANCIA DE ASISTENCIA

JORGE ANDRES MURILLO PALACIOS

CON Cedula de ciudadania No.1077452526 DE BOGOTA D.C.

CURSO Y APROBO:

OPERADOR DE MINICARGADOR

APROBO EL DIA **16/06/2025** - VALIDO HASTA EL **15/06/2026**
CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE **60** HORAS
EN CONSTANCIA FIRMAN

OMC-0022

Yolanda Dubaquer R
DIRECTORA

LISETH VARGAS MAHECHA
GERENTE

LINEAS DE ATENCION: 310 757 5203 / 323 289 5704
WWW.INSPECCIONESINDUSTRIALESDECOLOMBIA.COM
DIRECCIÓN: FUNZA, KR 12A NO. 9-26, PISO 4 / BOGOTÁ, TV. 94 L #80A 26
LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO PUEDE SER VERIFICADA EN NUESTRA PAGINA WEB O MEDIANTE EL

2007

2006

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Grupo Ocupacional

salud integral empresarial

GRUPO OCUPACIONAL LTDA
NIT: 900139947-2
L.S.O. 12534/2017

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1077452526-252249

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	21 mar. 2025 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JORGE ANDRES MURILLO PALACIOS	**Identificación:**	1077452526
Género	MASCULINO **Edad:** 26	**Teléfono**	**Móvil:** 3246167399
Fecha Nacimiento:	18/01/1999	**Cargo:**	OPERADOR DE MAQUINARIA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	NO SABE	**ARL:**	
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	
Empresa	ALTARA INGENIERIA SAS	**AREA: No Reporta**	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	ALTARA INGENIERIA SAS		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL PERIÓDICO, 2. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO.
ESPIROMETRIA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRIA	CONTORL PERIODICO, PROTECCION OCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HÁBITOS SALUDABLES. HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL ANUAL O SEMESTRAL

CONCEPTO LABORAL

INGRESO SATISFACTORIO

Observaciones: SIN RESTRICCIONES MEDICAS PARA EL CARGO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

'Consentimiento Informado:
Yo en calidad de paciente, previamente informado(a) de forma libre y voluntaria acepto que los datos que he suministrado sean incorporados en la base de datos de GRUPO OCUPACIONAL LTDA, según las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al decreto reglamentario 1377 del 2013 para el tratamiento de protección de datos personales.
Autorizo la realización del examen médico ocupacional y paraclínicos registrados en este documento; de igual forma declaro que se me ha informado en forma clara y sencilla de la naturaleza y propósito de dichos exámenes, así como los riesgos y complicaciones que podrían presentarse después de la toma de muestras si me aplica.
Certifico que la información dada por mí en la historia clínica ocupacional es veraz y completa.

Custodia de las Historias clínicas:
GRUPO OCUPACIONAL LTDA certifica que tiene la custodia de las historias clínicas ocupacionales, dando cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio del 2007 modificada el 5 de Junio por la Resolución 1918 de 2009 en el artículo 17, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales, el manejo y contenido de las historias clínicas.'

Médico Especialista en Salud Laboral
ADRIANA PAOLA DIAZ PEREZ
LSO 5389 /23 RM 52807247

Andres murillo



Firma y cédula del Paciente
JORGE ANDRES MURILLO PALACIOS
1077452526

20057

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

Grupo Ocupacional
salud integral empresarial



GRUPO OCUPACIONAL LTDA
NIT: 900139947-2

Consecutivo: 1077452526 - 252249

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	21/03/2025 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JORGE ANDRES MURILLO PALACIOS **Edad:** 26	**Identificación:**	1077452526
Género	MASCULINO	**Teléfono**	**Móvil:** 3246167399
Fecha Nacimiento:	18/01/1999	**Cargo:**	OPERADOR DE MAQUINARIA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	NO SABE	**ARL:**	
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	
Empresa	ALTARA INGENIERIA SAS		

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

Las evaluaciones médicas ocupacionales hacen parte del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, que desarrolla el empleador como parte de la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.
Por este motivo le hacemos entrega de las recomendaciones, observaciones y/o restricciones laborales según corresponda, de los resultados de su evaluación médica ocupacional:

REMISIONES

NO

RECOMENDACIONES GENERALES
HÁBITOS SALUDABLES. HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL ANUAL O SEMESTRAL

OBSERVACIONES
SIN RESTRICCIONES MEDICAS PARA EL CARGO

NOTA: : Se solicita al trabajador presentar constancia ante el empleador del seguimiento realizado ante la entidad de salud correspondiente para el cumplimiento de las anteriores recomendaciones médicas laborales, en cumplimiento a la Resolución 0312 de Febrero/2019.

ALTARA INGENIERIA SAS

DRA. ADRIANA PAOLA DIAZ PEREZ
MEDICO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
RES. 2114

ADRIANA PAOLA DIAZ PEREZ	LSO 5389 /23 RM 52807247		
Médico Especialista en Salud Laboral		Fima encargado SG - SST	Fima recibido trabajador

2008

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación D D M M A A A A

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

1. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado		6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación X	A. Individual - Cotizante o cabeza de familia X	B. Colectiva	A. Contributivo X	SI X	A. Cotizante X	C. Beneficiario	A. Dependiente X	
B. Reporte de Novedades	- Beneficiario o afiliado adicional	C. Institucional	B. Subsidiado	NO	B. Cabeza de familia	D. Afiliado adicional	B. Independiente	
		D. De oficio					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					
MURILLO	PALACIOS	JORGE	ANDRES		
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
9. Tipo de documento de identidad: CC	10. Número del documento de identidad: 1.077.452.526	11. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino X	12. Sexo identificación: Femenino ☐ Masculino X	13. Nacionalidad: COLOMBIANO	
14. Lugar de nacimiento: QUIBDO	País: COLOMBIA	Departamento: CHOCO	Municipio: QUIBDO	15. Fecha de nacimiento: 1 8 0 1 1 9 9 9 (D D M M A A A A)	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
COLPATRIA	PORVENIR	$ 1.900.000	

26. Residencia								
CRA 36 E #7-141		324-6167399	murillopalaciosjorgeandres43@gmail.com					
Dirección	Teléfono	Correo electrónico						
CUNDINAMARCA	BOGOTA D.C	SOACHA	Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural		
Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna						

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (e) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo identificación: Femenino ☐ Masculino ☐	32. Nacionalidad	
33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. INCAPACIDAD PERMANENTE
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

20059

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
ALTARA INGENIERIA SAS	NIT	900.803.958-1	

59. Ubicación				
Dirección: CRA 7 CLL 75-51	Teléfono: 6401500	Correo electrónico: asistente.administrativa@cyg.com	Municipio / Distrito: Bogota	Departamento: Cundinamarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad
1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 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 trámite de protección al cesante [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
MURILLO	PALACIOS	JORGE	ANDRES
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	1.077.452.526	Femenino [ ] Masculino [X]	[ ] [ ] [ ] [X]	1 8 0 1 1 9 9 9 (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	2 5 0 3 2 0 2 5	Código:	COLSUBSIDIO

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.	X
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	X
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	X
72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	X
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales	X
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	X
75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	X
76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	X
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.	X
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.	X

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

Jorge Andres Murillo D

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

81. Apoderado, representante legal, funcionario de la 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	TOTAL ANEXOS
Cantidad				X					

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 consta 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.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPOINSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES
D D M M A A A A	D D M M A A A A	

VIGILADO SUPERSALUD

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.

20060

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	x	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	x	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	x	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	x	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	x	
¿Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S. el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	x	

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontanea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLITICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en **www.famisanar.com.co**, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles:** se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del Afiliado: Jorge Andres Murillo P.

Nombres y Apellidos: Jorge Andres Murillo P. Identificación: 1.077.452.526

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS – LEY 1805 DE 2016

De acuerdo con lo definido en el artículo 4 de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI NO x

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: Identificación:

Artículo 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informando para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) ocho horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor (a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

20061

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JORGE ANDRES MURILLO PALACIOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.077.452.526**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 20 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

20062

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 900803958
Número Afiliación: 9019309
Razón social: ALTARA INGENIERIA S.A.S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1077452526
Nombre: JORGE ANDRES MURILLO PALACIOS
Fecha Ingreso: 25/03/2025
Salario básico: 1,900,000
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 1
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 21/03/2025 03:10:24 p. m.

20063

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JORGE ANDRES MURILLO PALACIOS identificado(a) con CC No. 1077452526, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de ALTARA INGENIERIA S.A.S. con NIT 9008039581:

- Fecha de afiliación a la Caja: 25/03/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 25/03/2025.

En su grupo familiar figuran los siguientes registros, como beneficiarios de los servicios de la caja.

Nombre	Identificación	Parentesco	Subsidio	Discapacidad	Fecha de Afiliación	Estado
ZARITH ALIANA MURILLO GARCIA	1074833662	Hijo	SI	NO	07/05/2025	VIGEN
AILAN STIVEN MURILLO GARCIA	1074825743	Hijo	SI	NO	07/05/2025	VIGEN
DHARA ALIANIS MURILLO GARCIA	1074835382	Hijo	SI	NO	04/06/2025	VIGEN

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 07/11/2025

20064

MODIFICACIÓN NATURALEZA CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACIÓN POR LA OBRA O LABOR DETERMINADA N°201 A TÉRMINO INDEFINIDO

1. IDENTIFICACION DE LAS PARTES Y CONDICIONES GENERALES:

MODIFICACION N°	1
DATOS EMPLEADOR	
NOMBRE DEL EMPLEADOR:	ALTARA INGENIERA SAS
NIT:	900.803.958-1
REPRESENTANTE LEGAL:	JOSE LUIS CLAVIJO OLMOS
DIRECCIÓN EMPLEADOR:	CARRERA 7 No. 75-51-0f 602
DATOS TRABAJADOR	
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	JORGE ANDRES MURILLO PALACIOS
CARGO A DESEMPEÑAR:	OPERADOR DE MINICARGADOR
SALARIO:	($ 1.900.000) UN MILLÓN NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE
CATEGORIA:	OPERATIVO
LUGAR DONDE DESEMPEÑARA LABORES:	INSTITUCIÓN EDUCATIVA ALFONSO LÓPEZ PUMAREJO SEDE PRINCIPAL DEL MUNICIPIO / CIUDAD VILLAVICENCIO META.
FECHA DE INICIO NUEVA OBRA O LABOR:	10 DE NOVIEMBRE DE 2025

Conste por el presente documento, que, entre los suscritos, de una parte, EL EMPLEADOR y por la otra, EL TRABAJADOR, de común acuerdo y libre voluntad, se ha convenido modificar el Contrato de trabajo No. 201, celebrado entre las partes el 25 de marzo de 2025, en lo relacionado con su naturaleza, la cual cambia a contrato INDIVIDUAL DE TRABAJO A TERMINO INDEFINIDO, regulado por las normas laborales contenidas en el Código Sustantivo del Trabajo y demás normas que reglamentan las relaciones entre el EMPLEADOR y sus TRABAJADORES, lo cual a partir de la fecha quedara así:

PRIMERA - OBJETO: El EMPLEADOR contrata los servicios personales del TRABAJADOR para desempeñarse en el cargo de OPERADOR DE MINICARGADOR en categoría operativo, con una dedicación del 100% desarrollando las actividades descritas en el manual de funciones y éste(a) se obliga a cumplir con todas y cada una de las obligaciones de la labor para la cual fue contratado(a), en la ciudad de VILLAVICENCIO META, sin perjuicio del cambio del lugar de trabajo que pueda ordenar el EMPLEADOR, ya sea de manera temporal o permanente. **PARÁGRAFO: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:** Por la naturaleza de las funciones, el TRABAJADOR podrá ser asignado a distintos lugares de trabajo conforme a las necesidades operativas del EMPLEADOR, lo cual acepta desde ahora expresamente. La asignación se hará para los diferentes proyectos o sitios donde el EMPLEADOR tenga contratos vigentes o futuros de prestación de servicios como OPERADOR DE MINICARGADOR dentro del territorio nacional.

PARÁGRAFO: Esta MODIFICACIÓN se realiza SIN LIQUIDACIÓN del contrato inicial, y se conviene conforme al artículo 47 del C.S.T.

SEGUNDA: SALARIO: EL EMPLEADOR pagará al TRABAJADOR como contraprestación directa por los servicios prestado en desarrollo del presente contrato por obra o labor determinada, la suma

Powered by CamScanner

20065

indicada en la descripción general del contrato, monto que corresponde a la remuneración por el cumplimiento de las funciones asignadas. El pago del salario se efectuará por quincenas vencidas, mediante consignación en la cuenta bancaria informada por EL TRABAJADOR, dentro de los plazos establecidos en el artículo 134 del C.S.T. El salario convenido incluye el pago de los recargos por trabajo en domingos y festivos cuando estos formen parte de la jornada ordinaria habitual, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 179 del Código Sustantivo del Trabajo y sus modificaciones vigentes. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Todo lo que recibe EL TRABAJADOR en dinero o en especie como contraprestación directa del servicio, sea cualquiera la forma o denominación que adopte, como primas, sobresueldos, bonificaciones habituales, valor del trabajo suplementario o de horas extras, también constituye salario. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** De común acuerdo entre EL EMPLEADOR Y el TRABAJADOR se determina que el valor del trabajo suplementario y de horas extras si las hay, será pagado en la segunda quincena del mes.

TERCERA- JORNADA LABORAL ORDINARIA: El(la) TRABAJADOR(a) se obliga a prestar sus servicios dentro de la jornada laboral ordinaria establecida por el EMPLEADOR, la cual podrá adecuarse a las necesidades del servicio y de la obra, respetando en todo caso los límites y condiciones previstos en el Código Sustantivo del Trabajo y demás normas laborales vigentes. **PARÁGRAFO PRIMERO: DURACIÓN MÁXIMA DIARIA Y SEMANAL y TRANSICIÓN LEGAL:** En virtud de lo dispuesto por la Ley 2101 de 2021 sobre la reducción gradual de la jornada máxima legal: a) Del 15 de julio de 2025 al 14 de julio de 2026, la jornada ordinaria será de hasta ocho (8) horas diarias y cuarenta y cuatro (44) horas semanales, distribuidas de común acuerdo entre EMPLEADOR y TRABAJADOR(a), en cinco (5) o seis (6) días a la semana, garantizando siempre el descanso dominical o compensatorio. b) A partir del 15 de julio de 2026, la jornada ordinaria será de hasta ocho (8) horas diarias y cuarenta y dos (42) horas semanales, con la misma posibilidad de distribución. **PARÁGRAFO SEGUNDO: HORAS EXTRAS Y TRABAJO SUPLEMENTARIO:** Toda labor que exceda la jornada ordinaria semanal será considerada como hora extra o trabajo suplementario y se remunerará conforme a la normatividad vigente, requiriendo autorización previa y expresa del EMPLEADOR. **PARÁGRAFO TERCERO: TRABAJO DIURNO Y NOCTURNO - TRANSITORIO:** Hasta el 24 de diciembre de 2025, se entenderá como trabajo diurno el realizado entre las 6:00 a.m. y las 9:00 p.m., y como trabajo nocturno el realizado entre las 9:00 p.m. y las 6:00 a.m. A partir del 25 de diciembre de 2025, se entenderá como trabajo diurno el realizado entre las 6:00 a.m. y las 7:00 p.m., y como trabajo nocturno el realizado entre las 7:00 p.m. y las 6:00 a.m., en los términos del artículo 160 del Código Sustantivo del Trabajo modificado por la Ley 2466 de 2025. PARÁGRAFO CUARTO: Jornada de trabajo. La jornada de trabajo en la cual se cumplirán las actividades será de: 7:00 a.m. 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:00 p.m. de lunes a viernes y el día sábado de 7:00 a.m. a 11:00 a.m.

CUARTA: - DURACIÓN CONTRATO: El presente contrato se celebra por un término indefinido, debido a la imposibilidad o dificultad de fijar una fecha de terminación en cada labor u obra contratada y continuará mientras subsistan las causas que le dieron origen, iniciando su ejecución a partir de a fecha de suscripción de este contrato. **PARÁGRAFO:** Respecto a la terminación de este contrato, su extinción en el derecho y en el tiempo, comporta como causa justa para la terminación de este contrato laboral, los diversos efectos jurídicos que se desprendan de los contratos de obra que ejecute el EMPLEADOR y que son los que dan origen a la celebración de este contrato laboral tales como declaratorias de terminación anticipada de obras, caso fortuito, fuerza mayor y la concurrencia ante la jurisdicción y/o un tribunal de arbitramento.

QUINTA: LUGAR DE EJECUCIÓN DEL TRABAJO: El TRABAJADOR desempeñará sus funciones en el lugar indicado en el capítulo "Identificación de las partes y Condiciones Generales", o en los

Powered by CamScanner

diferentes proyectos o sitios donde EL EMPLEADOR tenga contratos vigentes o futuros de prestación de servicios, dentro del territorio nacional.

SEXTA: VIGENCIA Y DEMÁS CLÁUSULAS: Esta modificación entra en vigencia a partir del día 10 de noviembre del 2025. Las demás cláusulas del contrato inicial que no hayan sido modificadas expresamente en este documento permanecen vigentes.

Para constancia se firma en dos (2) ejemplares del mismo tenor, cada una de las partes conserva un original.

En la ciudad de Bogotá, a los diez (10) días del mes de noviembre de 2025.

EL EMPLEADOR,

JOSE LUIS CLAVIJO OLMOS
Representante Legal
ALTARA INGENIERA SAS
NIT: 900.803.958-1

EL TRABAJADOR,

Andres morillo

JORGE ANDRES MURILLO PALACIOS
C.C. Nº 1.077.452.526

Powered by CamScanner

20069

CONSORCIO EDUCACIÓN
C&G

OPERADOR DE RETROEXCAVADORA
JOSE MANUEL LINARES

20068

Hoja de Vida

Jose Manuel Linares Ortiz

INFORMACION PERSONAL

Nombre	:	**JOSE MANUEL LINARES ORTIZ**
Cédula de Ciudadanía	:	1.123.433.731 de Villavicencio - Meta
Fecha de Nacimiento	:	Abril14 de 2003
Lugar de Nacimiento	:	Villavicencio - Meta
Estado Civil	:	Soltero
Dirección de Residencia	:	Camino Ganadero 1 Casa No. 60 Vereda Peralonso
Ciudad	:	Villavicencio - Meta
Celular	:	322 929 2341

PERFIL

Soy una persona con gran capacidad de efectuar labores con la disposición de aprender, identificar, analizar y dar solución a nuevos retos, con alto sentido de responsabilidad, honestidad, compromiso y disposición. Considerándome una persona trabajadora, disciplinada y cumplidora de mis funciones trabajando en equipo con total seguridad permitiendo desarrollar un trabajo de acuerdo a lo planeado, superando cualquier eventualidad que se presente utilizando los conocimientos en el área asignada.

20069

Hoja de Vida

Jose Manuel Linares Ortiz

INFORMACION ACADEMICA

Primaria	:	**Alfonso López Pumarejo** 5 ° primaria Básica Villavicencio – Meta
Curso	:	**TRAMIPETROL** Operador de Excavadora Villavicencio – Meta 2023

EXPERIENCIA LABORALES

Empresa	:	**AGROPECUARIA GUAYURIBA**
Jefe Inmediato	:	**DAVID RIVERA**
Celular	:	3185799334
Tiempo	:	cuatro (04) Meses
Cargo	:	Operador
Ciudad	:	Acacias - Meta

Empresa	:	**IMG**
Jefe Inmediato	:	**MARCO ANGEL**
Celular	:	311 562 5001
Tiempo	:	Dieciocho (18) Meses
Cargo	:	Operador
Ciudad	:	Villavicencio – Meta

20070

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre	:	**FABIO NELSON ZAPATA**
Ocupación	:	Electriza
Celular	:	318 885 9366
Ciudad	:	Villavicencio – Meta

Nombre	:	**JOHAN BUSTAMANTE**
Ocupación	:	Obrero
Celular	:	312 336 4347
Ciudad	:	Villavicencio – Meta

REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre	:	**MARLOS SMITH LINARES**
Ocupación	:	Operador
Parentesco	:	Hermano
Celular	:	314 438 2628
Ciudad	:	Villavicencio – Meta

Nombre	:	**YUSLEIDY ORTIZ**
Ocupación	:	Guarda de Seguridad
Parentesco	:	Madre
Celular	:	311 558 7336
Ciudad	:	Villavicencio – Meta

JOSE MANUEL LINARES ORTIZ
C.C. No. 1.123.433.731 de Villavicencio - Meta





ICCOL072608524852001<<<<<<<<<<
0304144M3501221COL1123433731<8
LINARES<ORTIZ<<JOSE<MANUEL<<<<

Powered by CamScanner

20072

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:13:11 PM horas del 04/12/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1123433731**

Apellidos y Nombres: **LINARES ORTIZ JOSE MANUEL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 04 de diciembre de 2025, a las 16:14:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1123433731
Código de Verificación	1123433731251204161451

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.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

20074

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 285600690

PIB
16:16:49

Bogotá DC, 04 de diciembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOSE MANUEL LINARES ORTIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1123433731:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

20075

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y
REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva

RADICADO
12-11-2025
ATUACIÓN SUJETA
A VERIFICACIÓN

PARIS ORTIZ JOSE MANUEL

14 04 2003

Jose Manuel Ortiz

Fabian Torres

Powered by CamScanner

20096

porvenir

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

JOSE MANUEL LINARES ORTIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.123.433.731, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir. ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Powered by CamScanner

20077

ARL | sura

Medellín, 12 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de DYF SUMINISTROS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000R05 RIESGO 5		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1123433731	LINARES ORTIZ JOSE MANUEL	13/11/2025		18623114	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 12/11/2025 19:44:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.68.160.35, 192.230.104.2, 172.16.42.57

Powered by CamScanner

Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

INSTITUTO SUPERIOR DEL LLANO

Certifica que

JOSE MANUEL LINARES ORTIZ

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1.123.433.731 de VILLAVICENCIO

Realizo el curso de :

OPERADOR DE EXCAVADORA

Dictado el 11/11/2023 con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 24351

Manzana M # 1-16 Valles de Aragón
institutosuperiordelllano.com - tplcristobal@gmail.com

MinEducación

2008

2009

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012454435
9012454435

No. de Radicación del FAU: 29959356

Fecha de Radicación: 15 | 11 | 2025

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Independiente - Cotizante o cabeza de familia [X] B. Colectivo [ ] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ] D. Pensionado	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	Si [ ] No [ ]	A. Cotizante [X] C. Beneficiario [ ] B. Cabeza de familia D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] 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			
MORENO Primer Apellido	MOSQUERA Segundo Apellido	JAMER Primer Nombre	YAIR Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1042733984	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				01 | D | 10 | M | A 1990 | A | A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad (Categoría discapacidad)	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		$1.423.500	

26. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Departamento / Distrito — Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Cabecera Municipal [ ] Rural Disperso [ ] Centro Poblado [ ] Resto Rural [ ] Zona	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D | M | A | A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación					41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	D M A A	
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia								52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			

20083

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
PRAGMA CONSULTORIA Y	NT	901443621	

59. Ubicación				
CR 118 BIS 89 A 26 IN 12 302	30579305 Teléfono	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país [ ] 12. Vinculación a esta 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 Regimen [ ] B. Diferente Regimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia [ ] 17. Reporte del Fondo de protección al cesante [ ]
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] LG [ ] Gay [ ] Gral [ ]	D D / M M / A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D 15 M 11 A 2025	Código [ ]	

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 internación 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 Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad [ ] Jomer Yoly Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]
Cantidad [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] TOTAL ANEXOS [ ]

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del 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 [ ]

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución
Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario
[ ]		

OBSERVACIONES:

20081

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9012454434
9012454434

No. de Radicación SAT: 29959355

Fecha de Radicación: 15 | 11 | 2025 (D D | M M | A A A A)

1. DATOS DEL TRAMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual [ ] - Cotizante o cabeza de familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [ ]	A. Cotizante [X] C. Beneficiario [ ] B. Cabeza de familia [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] 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			
DE LA ROSA (Primer Apellido)	ALTAMAR (Segundo Apellido)	MOISES (Primer Nombre)	DAVID (Segundo Nombre)

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	19603698	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				30 | D 01 | M A 1985 | A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad (Categoría discapacidad)	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		$1.423.500	

26. Residencia			
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Departamento / Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Cabecera Municipal [ ] Rural Disperso [ ] Centro Poblado [ ] Resto Rural [ ] Zona	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D D | M M | A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	40. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cual)	41. Lugar de nacimiento (País / Departamento / Municipio)	42. 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 del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN (SI / NO)	48. Clasificación SISBÉN (NIVEL / GRUPO)	49. Discapacidad (SI / NO / CATEGORÍA DISCAPACIDAD)	50. Incapacidad permanente (SI / NO)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			

20082

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
PRAGMA CONSULTORIA Y	NT	901443621	

59. Ubicación				
CR 118 BIS 89 A 26 IN 12 302	30579305		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 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 límite de protección al cesante [ ]
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] Otro [ ] Cual	D D / M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D 15 M 11 A 2025	Código [ ]	

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 internación 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 Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

Moises David de la Rosa

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	TOTAL ANEXOS
Cantidad									

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 [ ]

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

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio [ ]	Código del departamento [ ]	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

20083

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012460790
9012460790

No. de Radicación SAT: 29968474

Fecha de Radicación: 19 11 2025 (D D M M A A A A)

1. DATOS DEL TRÁMITE — Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades X	A. Individual ☐ - Cotizante o cabeza de familia X - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo X B. Subsidiado ☐	SI ☐ NO ☐	A. Cotizante X B. Cabeza de familia C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente X 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			
MENESES	RODRIGUEZ	GEOVANNY	SEBASTIAN
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1123800293	Femenino ☐ Masculino X	F ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				02 D 01 M M A 2004 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		$1.423.500	

26. Residencia			
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo Electrónico
Departamento / Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Cabecera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐ Zona	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	B	T	NB	Otro	Cuál	País	Departamento	Municipio	
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 del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			

20084

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
01	
02	
03	
04	
05	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
PRAGMA CONSULTORIA Y	NT	901443621	

59. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CR 118 BIS 89 A 26 IN 12 302	30579305		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 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 límite de protección al cesante [ ]
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] MS [ ] Otro [ ] Cual	D D / M M / A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D 19 M 11 A 2025	Código [ ]	

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 internación 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 Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

Geovanny Meneses

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad — CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] — Cantidad [ ] — TOTAL ANEXOS [ ]

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del 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 [ ]

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

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio [ ]	Código del departamento [ ]	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

2008T

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS

No de Radicación	Fecha de Radicación
4315814584	10/11/2020

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1. Tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de novedades ☒
2. Tipo Afiliado: A. Individual ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐
Cotizante Cabeza de familia ☒ Beneficiario afiliado adicional ☐ Otro ☐
3. Regimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Contribución Solidaria: Si ☐ No ☒
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐
7. Codigo (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando se afilia en calidad de)

8. Apellidos y nombres			
BAUTISTA (Primer apellido)	CAMARGO (Segundo apellido)	JOSE (Primer nombre)	DEL CARMEN (Segundo nombre)

9. Tipo documento de identidad	10. Numero del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo Identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar Nacimiento	15. Fecha Nacimiento
CC	79787480	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: BOYACA Municipio: PESCA	DD/MM/AAAA

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN?	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo población especial
6		Si ☐ No ☒ Categoria Discapacidad	Si ☐ No ☒	Nivel Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A	PROTECCION	1452000	

26. Residencia			
CR 6 # 156 12 Dirección	Telefono fijo	3203519555 Telefono celular	BAUTISTACAMARGO66@GMAIL.COM Correo electronico

BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito	BOSA 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	32. Nacionalidad	33. Lugar Nacimiento	34. Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		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
01				
02				
03				
04				
05				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo Biológico (Femenino/Masculino)	40. Sexo Identificación (F / M / T / NB / otro / cual)	41. Lugar Nacimiento (Pais / Departamento / Municipio)	42. Fecha de nacimiento
01							
02							
03							
04							
05							

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo poblacional especial	47. Encuesta SISBEN (SI / NO)	48. Clasificación SISBEN (Nivel / Grupo)	49. Discapacidad (SI / NO / Categoria)	50. Incapacidad Permanente (SI / NO)
01								
02								
03								
04								
05								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural	Telefono Fijo y/o celular	52. Codigo de la UPC (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

	Direccion	Localidad / Comuna	Correo Electronico
01			
02			
03			
04			
05			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54. Codigo de la IPS (a registrar por la EPS)
A	VS AMERICAS - CENTRO AMERICAS	VS AMERICAS - U INCLASIFICADA
B		
C		
D		

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)
PRAGMA CONSTRUCTORA Y CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901443021	01

59. Ubicación				
CR 7 # 156 80 A 76 Dirección	3057919515 Telefono fijo y/o celular	TATIANA.LOPEZ@PRAGMA.COM.CO Correo Electronico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito

DEPAS FAU V 1.0 2018

20086

No de Radicación
401881884

V. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de Identificación
- [ ] 2. Corrección datos básicos de Identificación
- [ ] 3. Actualización documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y/o inclusión datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: [ ]
- [ ] 6. Reporte de pago a favor de un tercero. Código: [ ]
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslados: [ ] A. Mismo régimen [ ] B. Diferente régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- [ ] 17. Reporte del traslado de peticionario al cotizante
- [ ] 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[ ] Otra[ ] Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	18/11/2015		

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 Contributivo, Especial o de Excepción.

71. [ ] Declaración de existencia de factores de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

72. [ ] Declaración de no información del cotizante cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en otra Institución Prestadora 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, el reporte de novedades y la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que lo requieran en sus funciones de regulación.

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 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, según ensuelta del Sistema 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

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 emitida por la autoridad competente.

84. [ ] Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor

87. [ ] Copia orden judicial o 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 jurada 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 conste 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. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	95. Fecha de Nacimiento
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

(D/M/A)

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

20089

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran en el reverso antes de diligenciar

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 30/10/2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo de Afiliación: A. Individual ☒ -Cotizante o Cabeza de Familia -Beneficiario o afiliado adicional; B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐
Código Temporal para IPS ☐

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres: Barco | Dorg | Frais | Luis

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1063142661
9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒
10. Fecha de nacimiento: 01 01 1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia ☐
12. Discapacidad: Tipo ☐ Condición ☐
13. Puntaje SISBÉN ☐
14. Grupo de población especial ☐
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura
16. Administradora de Pensiones: Colpensiones
17. Ingreso base de cotización: $ 1.423.500
18. Residencia: CL 131C bis 98A 24 — 3018288309
Municipio/Distrito: Bog | Zona: Urbana ☒ Rural ☐ | Localidad/Comuna | Departamento: Cund

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad ☐
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Salud Total EPS
RECIBIDO PARA ESTUDIO
30/10/2025
CORREDOR:
GRUPO ALIANZA
SOLUCIONES EMPRESARIALES
NIT. 830.021.376-1

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición F	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		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social: ROMVIAL Ingeniería
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 900805727
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): B-Cund
39. Ubicación: CL 131C bis 98A-24 — Dirección | Teléfono: 8184860412 | Correo Electrónico | Municipio/Distrito: B-Cund | Departamento

F386-RVA V.1.0-2016

20088

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS

NIT 800.130.907-4

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 30 10 2025

II. 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 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 del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad [ ]	Número de identificación personal	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	43. Fecha 30 10 2025

43. EPS anterior	44. Motivo de 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.
- [X] 49. Declaración de no internación dekotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 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.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

Juan Luis Banda Daza — 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Eduin Fernando Romero — 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [ ] CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CF [ ] CD [ ] SC

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de 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 conste 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: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación: 30 10 2025	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad [ ]	Número del documento de identidad	65. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

F385-RVA V.1.0-2016

VIGILADO SUPERSALUD

20089

Famisanar
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

I. DATOS DEL TRAMITE — Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo — 30102025

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (asignado por la EPS)
A. Afiliación ☐ B. Registro de novedades X	A. Individual ☐ - Cotizante o cabeza de familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐	SI ☐ NO ☐	A. Cotizante X B. Cabeza de familia ☐ C. Pensionado ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente X C. Pensionado ☐	

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

6. Apellidos y nombres				
Hortiner	Salgado	Ariel.	Enrique	
9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	78675490	Femenino ☐ Masculino X	M ☐ F ☐ Otro ☐ Cual ☐	Colombiano
14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento	
Colombia	Cordoba.	Chinu	29 | 11 | 1968	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad / Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	Nivel ☐ Grupo ☐	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SURA	Porvenir	1923800	

27. Dirección de residencia			
Cra 108 F Bis 68C-44		3133619594.	
Cund	Bog		Canal preferido de notificación: Correo electrónico X Correo físico ☐ Ninguno ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ Otro ☐ Cual ☐	
33. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento	

Datos básicos de identificación de los afiliados adicionales

	35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Famisanar
Consultado
Cafam 2025
30 | 10 | 2025

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. INCAPACIDAD PERMANENTE
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Corregimiento Municipal	Ruta Distrital	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	* 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a cargo de la EPS)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			

20090

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
51		
52		
53		
54		
55		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

56. Primer Apellido o Razón Social	57. Tipo de documento de identificación	58. Número del documento de identificación	59. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
ROMVAL Ingeniería S.A.S	NIT	900805727	

60. Ubicación: Cra 5 #12-111 | 3184560412 | gerencia@romval-ingenieria.com | Bta Cund

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [X] 9. Inicio de relación laboral o actualización de condiciones para cotizar [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Suspensión (UPC reducida) [ ] 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 [ ] C. Diferente Régimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia [ ] 17. Reporte del Retiro de protección al cesante [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
Fel rosecuna	30 10 2025	Código [ ]	

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 internación 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 de correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario autoriza expresamente a la EPS

Arid Martinez S.

81. El representante legal o responsable de la afiliación colectiva o responsable del pago

Edwin Ferney Romero

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	TOTAL ANEXOS

83. Copia del dictamen de Incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
89. Copia de la autorización de tránsito 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.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
30 Oct 2025	D D M M A A A A	

* 018 00000000 *

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

20091

FECHA DE RADICACIÓN 30 10 2025

A. AFILIACIÓN

CORDOBA RENTERIA HAHCRTD

CC 1.947.184

Colombia Cinco Quinto 12061912

Porvenir 142358 320490787 rentariacordoba1977@gmail.com SURA 3355 Cund

Bogotá

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
FECHA 30/OCT/2025
- GLAVIS ASESORA COMERCIAL A 548

ROMAN SAS 10512-111 3184560412 1008057 Cund B19

B. REPORTE DE NOVEDADES

ANA MARIA BUSTO- ASESORA COMERCIAL A 548

Escaneado con CamScanner

20092

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS

NIT 800.130.907-4

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 30 10 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia ☒ -Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3. Régimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ 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			
Landazuri	Cuero	Agustín	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	12831049	Femenino ☐ Masculino ☒	10 09 1977

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo ☐ Condición ☐		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización (IBC)
SURA	Porvenir	1'423,500

18. Residencia				
Cra 26 esle 42B-08 Sur.	3238730380			
Municipio/Distrito: B/ga	Zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad/Comuna	Departamento: Cund	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	22. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

Salud Total

RECIBIDO PARA ESTUDIO

30/04/2025

CORREDOR: GRUPO ALIANZA SOLUCIONES EMPRESARIALES NIT. 830099263

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo 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 F	Tipo N	Tipo M	Condición I	Condición P
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

32. Datos de residencia	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona 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	
B	
B	
B	
B	

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

35. Nombres razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
ROMVAL Ingeniería S/S	NIT	900805727	

39. Ubicación	Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
	Cra 5 # 12-111	3184560412	gerencia@romval.com	B/ga	Cund

F385 RVA V.1.0 2016

20093

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S.A.
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran al reverso o en el sitio de digitación

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación 30 10 2025

II. 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 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 del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento 42. Fecha 30 10 2025

43. EPS anterior	44. Motivo de 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.
- [x] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 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

AGUSTIN LANDAZURI.

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de 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 conste 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: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBEN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación 30 10 2025	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	65. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

F385-RVA V.1.0-2016

20094

Famisanar
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación RAT

30/10/2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Cotización solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación ☐ B. Reporte de novedades X	A. Individual - Cotizante o cabeza de familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo X B. Subsidiado ☐	SI ☐ NO ☐	A. Cotizante ☐ C. Beneficiario ☐ B. Cabeza de familia ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente X B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

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

8. Apellidos y nombres			
CETINA	VELANDIA	JOSE	ERNESTO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	4104432	Femenino ☐ Masculino X		Colombiano

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
	Colombia	Boyaca	Chita	29/01/1968

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
		SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐	Nivel ☐ Grupo ☐	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SURA	Proteccion	1'423.500	

26. Residencia				
CL 84 C Sur 90-17 Sa.	315 330 2128			
Cund	Bta	Ciudad Bolivar	Cabecera Municipal ☐ Resto Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Rural Ribereño ☐	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino ☐ Masculino ☐		

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio

Famisanar 2025 Cotizado 30/10/2025

Datos básicos de identificación de los hijos relacionados y de los afiliados adicionales

	34. Apellidos y nombres
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

	35. Tipo de documento de identidad	36. Número del documento de identidad	37. Nacionalidad	38. Sexo biológico	39. Sexo identificación	40. Lugar de nacimiento	41. Fecha de nacimiento
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del beneficiario

	42. Parentesco	43. Etnia	44. Comunidad	45. Grupo de población especial	46. Tiene encuesta SISBEN	47. Clasificación SISBÉN	48. Discapacidad	49. INCAPACIDAD PERMANENTE
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a reportar por la EPS)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			

20095

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a diligenciar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Razón social o nombre	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
ROHVAL Ingeniería S/A	NIT	900805725	
59. Dirección: Cra 15 12-111	318-4560412		

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o cambio de condiciones para cotizar ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 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 de fallecimiento de beneficiario ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria ☐

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	Femenino ☐ Masculino ☐	DD MM AAAA

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado Código	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
Famisanar	30 10 2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependientes económicos 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 internación 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 lo 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 los 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

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario mayor de edad o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o Caja de Cabeza
José Ernesto Cetina Valencia	Eduin Tomas Romero

X. ANEXOS

82. Anexe copia del documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	TOTAL ANEXOS ☐
Cantidad									

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	☐
84. Copia del registro civil de matrimonio, la 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 trabajo por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.5 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 otorgue 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. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución
Código del municipio: ☐ Código del departamento: ☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
30 Oct 2025	DD MM AAAA	

20096

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicación: 30102025

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual X
3. Régimen: B. Subsidiado X
4. Continuidad Solidaria: No
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X
7. Código:

8. Apellidos y Nombres: BERRIO CHAVERRA FERNANDO
CC 1003931985
10. Fecha de Nacimiento: 03 10 1997
14. Lugar de nacimiento: Colombia Choco Quibdo
Datos Permanentes
22. Administradora de Riesgos Laborales: SURA
23. Administradora de Pensiones: Porvenir
24. Ingreso: 1423500
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia: Cra 44 este # 47-17
Teléfono Fijo: 3224442285
Correo Electrónico: fernandoberriochaverra97@gmail.com
Cund
Bta
Zona: Urbana X

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales
27. Apellidos y Nombres

E.P.S. SANITAS
OFICINA CALLE 67
30/OCT/2025
Recibido por: DEISY DEVIA
Fecha
Hora

Datos complementarios del Beneficiario

Datos de residencia

Departamento | Municipio/Distrito | Zona | Teléfono fijo y celular | Correo Electrónico

20097

59. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

		60. Código de la IPS a la cual se registró en la EPS
0		
01		
02		
03		
04		
05		

ROHVAL Ingeniería SAS NIT 900805727

58. Ubicación
Dirección: CRA 12 # 111-00

31 84560412

Centro Poblado | Localidad/Barrio | Municipio / Distrito

66. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la Vinculación en la IPS — Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de las bases — Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para cotizar
- [ ] 11. Inactivación EPS retiros al país
- [ ] 12. Vinculación a una entidad adaptada para realizar ajustes razonables
- [ ] 14. Desvinculación de una entidad adaptada para realizar ajustes razonables
- [ ] 15. Movilidad — A. Régimen Contributivo — B. Régimen Subsidiado
- [ ] 16. Traslado — A. Mismo Régimen — B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
- [ ] 17. Reporte del traslado de cotizante al cesante
- [ ] 18. Reporte de la solicitud de Pre-pensionado
- [ ] 19. Pérdida de la calidad de Pensionado
- [ ] 20. Ingreso a Corporaciones Públicas
- [ ] 21. Retiro de Corporaciones Públicas

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: Femenino / Masculino | 63. Sexo identificación: M / F / Otro / Cuál | 64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior: 30/10/2025 | 67. Motivo retiradas: Código | 68. Caja de compensación Familiar a pagador de pensiones

69. Declaración de responsable económico de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 71. Declaración de ausencia de relación de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios
- [ ] 72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 73. Autorización para que la EPS consulte 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 genera de la afiliación o del ingreso de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran
- [ ] 75. Autorización para que la EPS envíe la correspondencia del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo señalado 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 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, según lo acordado del Salario integral

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad

80. Cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuenta especial o afiliado adicional
FERNANDO BERRIO.

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Edwin Fernel Loren

- [ ] 82. Adjunta copia del documento de identidad — Cantidad de folios anexos: CN / RC / TI / CC / CE / PA / CD / PE
- [ ] 83. Copia del diagnóstico de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 84. Copia del registro civil de nacimiento o de la sentencia judicial, acta de conciliación o escritura pública que declare la unión marital
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el estado civil (soltería) o copia de partida eclesiástica o partida de nacimiento con anotación marginal que indique la existencia de la unión marital
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acta administrativa 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 acreditación de familias 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 ajustes razonables
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o pronunciamiento de las autoridades competentes en el que conste la calidad de beneficiario o su pérdida o afiliación de oficio

Total Anexos

92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento

93. Nombre de la Institución

E.P.S. SANITAS
OFICINA CALLE 57

94. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | 96. Firma del funcionario | 96. Fecha de radicación: 30/OCT/2025 | 97. Fecha de validación

OBSERVACIONES

Recuerde que con la firma de formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada en el contenido del formulario

Recibido por: DEISY DEVIA

Fecha _____ Hora _____

Sello de Radicación | Código Departamento

DEICY DEVIA MOLANO
ASESORA COMERCIAL
CC: 1030266360

2009B

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar
NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación 08 11 2025

1. DATOS DEL TRÁMITE Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual [X] - Cotizante o cabeza de familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. Pensionado [ ]	A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [ ]	A. Cotizante [X] C. Beneficiario [ ] D. Cabeza de familia [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	

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

8. Apellidos y nombres			
ROA	JIMENEZ	YANDRY	YOHANA.

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC.	36347691	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [ ] NB [ ]	Colombiano

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
	Colombia	Huila	Campoalegre	30 11 1983

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Fondos de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SURA.	Colpensiones	1'423,500	

26. Residencia			
Departamento	Municipio	3132137422.	Dirección
Meta	Villavicencio.		Zona Rural [X] Zona Urbana [ ] Centro Poblado [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] NB [ ]	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. Apellidos y nombres
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Famisanar 2025 Cafam 08 Nov 2025

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN (SI / NO)	48. Clasificación SISBÉN (Nivel / Grupo)	49. Discapacidad (Categoría discapacidad)	50. INCAPACIDAD PERMANENTE (SI / NO)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
D1		
D2		
D3		
D4		
D5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Romvo SAS	NIT	900805727	
59. Ubicación: Cra 5 12-111	3102447347	gerenciaobra@ingenieria.com	Cod B1

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualizaciones y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [X] 9. Inicio de relación laboral o actualización de condiciones para cotizar [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. De suscripción de una entidad autorizada de la 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 Informe de protección al cesante [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]
20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identificación	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]	63. Sexo Identificación: F [ ] M [ ] O [ ]	64. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad: 08 11 2025	67. Motivo de traslado: 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 la 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 información 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 reglas 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: ROA.	Segundo Apellido: JIMENEZ	Primer Nombre: YANDRY	Segundo Nombre: YOHANA
Tipo de documento de identidad: Cedula	Número del documento de identidad: 36347691		

IX. FIRMAS

Yandry Johana Roa Jimenez — Eduin Enrique Romero

80. Solicitante, cabeza de familia o representante legal de la empresa o entidad afiliada — 81. Aportante o representante legal de la empresa o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institución Prestadora de Servicios de Salud o de Empresa

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] — Cantidad [ ] — TOTAL ANEXOS [ ]

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
87. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia
88. Documento en que conste la calidad de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres y la declaración jurada 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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución
Código del municipio: [ ] Código del departamento: [ ]	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	
96. Fecha de radicación: D D M M A A A A	97. Fecha de validación: D D M M A A A A	OBSERVACIONES:	

20100

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicación: 08112025

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL AFILIADO

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación — B. Reporte de Novedades X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual — Cotizante o Cabeza de Familia / Beneficiario o Afiliado adicional — B. Colectiva — C. Institucional — D. De Oficio
3. Régimen: A. Contributivo X — B. Subsidiado
4. Contribución solidaria: Si — No
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario — D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X — B. Independiente — C. Pensionado
7. Código (lo registra por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS - IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

8. Apellidos y nombres: Primer Apellido: FRANCO — Segundo Apellido: BENAVIDES — Primer Nombre: DANIEL — Segundo Nombre: ELIVITH
9. Tipo de documento de identidad: CC — 10. Número del documento de identidad: 1193546939 — 11. Sexo biológico: Femenino — Masculino X — 12. Sexo identificación: F X — M — T — NB — Otro — Cual — 13. Nacionalidad: Colombiano
14. Lugar de nacimiento: Colombiano — Cesar — Valledupar — 19. Fecha de nacimiento: 19082001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia — 17. Consolidad — 18. Discapacidad: Si — No — Categoría de discapacidad — 19. Tiene encuesta SISBÉN: Si — No — 20. Clasificación SISBÉN: Nivel — Grupo — 21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales: SURA — 23. Administradora de Pensiones: Porvenir — 24. IBC: 1'423,800. — 25. Tarifa Contribución Solidaria

26. Residencia: Dirección — Teléfono Fijo: 3002398288 — Correo Electrónico: daniel.elivith@gmail.com — Departamento: Cesar — Municipio / Localidad: Valledupar — Área: Cabecera Municipal X — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

(Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante)

27. Apellidos y nombres: Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad — 29. Número del documento de identidad — 30. Sexo biológico: Femenino — Masculino — 31. Sexo Identificación: F — M — T — NB — Otro — Cual — 32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento: País — Departamento — Municipio — 34. Fecha de Nacimiento

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados a Inclusión

E.P.S. SANITAS — OFICINA CALLE 57 — 08/NOV/2025 — Recibido por: DEISY DEVIA — Hora

	35. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Fecha de nacimiento	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. Vulnerabilidad permanente
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Área	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del grupo poblacional al que pertenece
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

20101

05. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | 51. Código de la IPS (si requerido por la EPS)

C
B1
B2
B3
B4
B5

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLE DEL PAGO

ROMVA LINGENIERIA SAS Nit 900805727

54. Ubicación
Dirección: Cra 5 # 12-111 Bloque 6 Casa 23 | Teléfono: 3102447397

Correo Electrónico: sandramr0286@yahoo.es | Departamento: Cundinamarca | Municipio / Ciudad: Bogotá

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación
2. Corrección de datos básicos de identificación
3. Actualización del documento de identificación
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código:
6. Reporte de pago a través de un tercero. Código:
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o actualización de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Inscripción EPS retorno al país
12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
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 trámite de protección al cesante
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
19. Reporte de la calidad de Pensionado
20. Ingreso a Contribución Solidaria
21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS DE LA(S) PERSONA(S) A AFILIAR

61. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 62. Sexo biológico: Femenino Masculino | 63. Sexo de identificación: F M T NB Otro | Cód. | 64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior: SANITAS | 66. Fecha de traslado: 08/11/2025 | 67. Motivo de traslado: 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 emergencia de carácter de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
72. Declaración de no inscripción del cotizante, cabeza de familia, sus afiliados o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
73. Autorización para que la EPS acceda 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 cruce la información que se genere de la aplicación del reporte de novedades y la base de datos de afiliados vigente y la de entidades públicas que por sus funciones lo 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 ser cobijado por la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las bajas en Contribución Solidaria, según lo indicado en el Artículo vigente.

78. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento de identidad | No. de documento de identidad

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique a afiliado adicional: Daniel FranQR

81. Apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio: Edwin Fernando Romero

VIII. SOPORTES

82. Anexo único de documento de identidad | Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
83. Copia del documento de identidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de nacimiento, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. Copia de 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 petición de la pareja potestad, o el resultado de la diligencia de los padres o la declaración jurada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
89. Copia de la Habilitación de Estado 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 de 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:

92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento | 93. Nombre de la Institución

94. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 96. Firma del funcionario | 97. Fecha de radicación: 08/NOV/2025 | 98. Fecha de validación

E.P.S. SANITAS
OFICINA CALLE 57

OBSERVACIONES

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada en el Capítulo VII del formulario

Recibido por: DEISY DEVIA

DEICY DEVIA MOLANO
ASESORA COMERCIAL
CC: 1030266360

Comercial | Sello de Radicación | Fecha | Hora del procedimiento

20102

Famisanar
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación EAT

Fecha de Afiliación: 05 | 11 | 2025

1. DATOS DEL TRAMITE — Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Cont. solidaria	5. Tipo de cotizante	6. Tipo de cotizante	7. Código
A. Afiliación ☐	A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia ☐	A. Contributivo X	SI ☐	A. Cotizante X	A. Dependiente ☐	(asignado por la EPS)
B. Reporte de Novedades X	- Beneficiario o afiliado adicional ☐	B. Subsidiado ☐	NO ☐	B. Cabeza de familia ☐	B. Independiente X	
	B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐			C. Pensionado ☐ D. Afiliado adicional ☐	C. Pensionado ☐	

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

8. Apellidos y nombres			
Cochero.	Suarez	Jean	Carlos

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1005675781	Femenino ☐ Masculino X	M ☐ F ☐ NB ☐	Colombiano

14. Lugar de nacimiento	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Cédombia	Cund	Bogotá	25 | 12 | 1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐	Nivel ☐ Grupo ☐	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SURA	Porvenir	1'423.500	

26. Residencia			
Cra 106 # 69b-17.		3105497480	
Cund	Bogotá		Cabecera Municipal X Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino ☐ Masculino ☐	M ☐ F ☐ NB ☐	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los cotizantes y de los afiliados adicionales

Famisanar Ltda. Cafam 05 | NOV | 2025 Radicado

	35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN SI / NO	48. Clasificación SISBÉN Nivel / Grupo	49. Discapacidad	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI / NO
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			

20103

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
51		
52		
53		
54		
55		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

56. Razón social o nombres	56a. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Reynal Ingenieria S.A.S	NIT	900305729	

58. Ubicación			
Cra 5 # 12-111	3184560412	Bga	Cund

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. 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 corrección de datos complementarios ☐ 5. Reactivación de la inscripción en la EPS. Código ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código ☐ 7. Inclusión de Beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 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. Inscripción EPS retorno al país ☐ 12. Vinculación a una EPS (Vi) 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 tránsito de protección al cesante ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre pensionado ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria ☐

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	☐ ☐ ☐	D D M M A A A A

65. EPS anterior	65a. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
Famisanar.	05 11 2025	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 Contributivo. Especial o de Excepción.
71. Declaración de ocurrencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
72. Declaración de la información 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 los tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de Ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario mayor de edad o quien actúa en su representación	81. Apoderado o persona responsable de la afiliación colectiva (nombre(s) y no. CC)
Jean Carlos Cochero Suarez	Edwin Fernando Romero

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad	CN	RC	TI	CE	PA	CF	CD	SC	TOTAL ANEXOS
Cantidad:									

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 jurada 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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución
Código del municipio ☐ Código del departamento ☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES
D D M M A A A A: 05 11 2025	D D M M A A A A	

20104

Famisanar
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación 11/11/2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Cotización solidaria	5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (Lo diligencia por la EPS)
A. Afiliación ☐ B. Reporte de novedades X	A. Individual - Cotizante o cabeza de familia X - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo X B. Subsidiado ☐	SI ☐ NO ☐	A. Cotizante X B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente X B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

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

8. Apellidos y nombres			
SALAS	TUNDENO	DAYBER	MANUEL

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	73592066	M ☐ F X	M ☐ F ☐ O ☐	Colombiano

14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio		
Colombia	Bolivar	Barranco de Loba		21 05 1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐	Nivel ☐ Grupo ☐	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa cotización solidaria
SURA	Proteccion	1'423,500	

26. Residencia				
Dirección		Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Calle 52g 28-14.			3209011287	
Ciudad	Bogotá	Localidad	Zona Rural ☐ Zona Urbana X	Barrio
Cund	Bogotá	Candelaria		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		F ☐ M ☐	F ☐ M ☐ O ☐	

33. Lugar de nacimiento				34. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio		D D M M A A A A

Famisanar
Consultado 2025
11 Nov 2025

Datos adicionales del beneficiario(s)

	35. Apellidos y nombres		
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del beneficiario(s)

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. INCAPACIDAD PERMANENTE
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabecera municipal	Resto municipio	Centro poblado	Resto rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (Lo diligencia la EPS)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
01		
02		
03		
04		
05		

2085

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de Documento de Identificación	57. Número del Documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Komvol Ingeniería SAS	NIT	9038057277	

59. Ubicación: Cra 5 12-111 318 4560412 Bta Cund

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 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 bándt de protección al cesante [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]
20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	11 11 2025

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
Famisanar	11 11 2025	Código [ ]	

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 ausencia 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 internación 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 y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
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

Dayber Manuel Salas Tundano. Edeun Jesus Perez Perez

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario a cargo aplique o afiliado adicional

81. Aportante o autorizado (especificar calidad de la persona que firma en nombre de la persona jurídica o de origen)

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	TOTAL ANEXOS
Cantidad									

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 2.1.1.3 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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución
Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES
11 Nov 2025		

20106

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran al reverso antes de diligenciar

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 11/11/2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X]; B. 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: GOMEZ	Segundo apellido: HERNANDEZ	Primer nombre: MANUEL	Segundo nombre: DAVID

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1002319765	Femenino [ ] Masculino [X]	09/01/2000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo: Condición:		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización	
SURA	Porvenir	1'423,500	

18. Residencia				
Calle 23, 19A-58.	3208990838			
Municipio/Distrito: Bogotá	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna	Departamento: Cund.	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Salud Total
RECIBIDO PARA ESTUDIO
11 Nov 2022
CORREDOR:
GRUPO ALIANZA
SOLUCIONES EMPRESARIALES
NIT. 830084463

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo 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 F	31. Discapacidad N	31. Discapacidad M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona 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		
B		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES 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	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Komvol Ingeniería SAS	Nit	900805727	

39. Ubicación	Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
	Cra 5 12-111 Bloque 6	3184560412	sandra@kplooge.com	Bta	Cund

F285 RVA V.1.0-2016

20107

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación 11/11/2025

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 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 del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad [ ]	Número de documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha 11/11/2025

43. EPS anterior	44. Motivo de 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.
- [X] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 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 vigentes 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.
- [ ] 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
MANUEL GOMEZ	Edwin Ferney Romero

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de 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 conste 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 Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					11 Nov 2025	

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	65. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

F385-RVA V.1.0-2016

20108

Famisanar
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: 11/11/2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (asignado por la EPS)
A. Afiliación ☐ B. Reporte de novedades X	A. Individual - Cotizante o cabeza de familia X - Beneficiario o afiliado adicional X B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo X B. Subsidiado ☐	SI ☐ NO ☐	A. Cotizante X B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente X B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

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

A. AFILIACIÓN

8. Apellidos y nombres			
BAQUERO	CASTRO.	JESUS	ALBERTO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC.	78079566	Femenino ☐ Masculino X	M ☐ F ☐ O ☐	Colombiano

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Colombia	Colombia	Cordoba	Lorica	16/12/1983

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐	Nivel ☐ Grupo ☐	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SURA	Porvenir	1'423,500	

26. Residencia				
Cra 12 B 11-01 Sur		3118973089		
Ciudad	Bogota	Ciudad Bolivar	Cabecera Municipal X	Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino ☐ Masculino ☐	M ☐ F ☐ O ☐	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico / Sexo identificación	40. Fecha de nacimiento	42. Fecha de fallecimiento
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Famisanar 2025 CAM. Recibido 11 Nov 2025

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. INCAPACIDAD PERMANENTE
					SI NO	Nivel Grupo	SI NO CATEGORÍA DISCAPACIDAD	SI NO
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (asignado por la EPS)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Romva Ingeniería SAS	NIT	900805727	
59. Ubicación: Cra 5 12-111 318-4560412			B1 Cund

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ *5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 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. Inscripción EPS retorno al país ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 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 trámite de protección al cesante ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria ☐

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
1er. Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	M ☐ F ☐ Otro ☐	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	69. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
famisanar	1 1 1 2025	Código ☐	

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 información 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 vigencia del Sistema 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

80. Firma del cotizante o cabeza de familia | 81. Aportante o apoderado responsable de la afiliación colectiva, institución pagadora de pensiones

Jesus Bogueed Cotte — Edwin Ferney Romero

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	TOTAL ANEXOS
Cantidad									

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 declara 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 acta administrativa 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.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución
Código del municipio ☐ Código del departamento ☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES
D D M M A A A A	D D M M A A A A	
1 1 1 2025		

2010

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4
Todas las novedades que se reporten antes del radicado pasan de diligencia

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación 11 11 2021

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. 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: RIOS	Segundo apellido: GUTIERREZ	Primer nombre: OVER	Segundo nombre: MANUEL

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1067885738	Femenino [ ] Masculino [X]	01 01 1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo: Condición:		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización ($)
SURA.	Protección	1'423,500

18. Residencia				
Cra 11 65C-80 Sur.	3248839808			
Municipio/Distrito: Bogotá	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna: USME.	Departamento: Cund.	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo 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

Salud Total
RECIBIDO PARA ESTUDIO
11 NOV 2021
CORREDOR: GRUPO ALIANZA SOLUCIONES EMPRESARIALES LTDA NIT 830.053.963

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad F	31. Discapacidad M	Condición T	Condición P
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

32. Datos de residencia	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona 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	
B	
B	
B	
B	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES 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	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Formval Ingeniería SAS	NIT	900805-727	

39. Ubicación	Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Cra 5 12-111	3182456042		solucionesSG@hotmail.com	Bitaco	Cund.

F38S-RVA V.1.0-2018

2011

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S.A.
NIT 800.130.907-4
Las bases de datos que se encuentran en el medio magnético de esta entidad

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 11 NOV 2025

II. 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 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 del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de identificación	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha
[ ]				11 11 2025

43. EPS anterior	44. Motivo de 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.
- [X] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 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 vigentes 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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de 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 conste 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 Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBEN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					11 Nov 2025	

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número del documento de identidad	65. Firma del funcionario
[ ]		

OBSERVACIONES:

VIGILADO Superintendencia Nacional de Salud

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.

F385 RVA V.1.0-2016

2012

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Afiliación 11/11/2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. 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 (asignado por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: MERCADO	Segundo apellido: CASTRO	Primer nombre: RUFINO	Segundo nombre: JOSE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	92512604	Femenino [ ] Masculino [X]	22/08/1964

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo: Condición:		

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
SURA	Colpensiones	1.423.500

18. Dirección de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
Calle 128 B Bis A 81 B 06		3026723246

Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Localidad/Comuna	Departamento
Bogotá	[X]	[ ]	Suba	Cund

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Salud Total
RECIBIDO PARA ESTUDIO
11/NOV/2025
CORREDOR:
GRUPO ALIANZA SOLUCIONES EMPRESARIALES
NIT 900[illegible]263

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del 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	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		
B		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES 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	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Ronvo Ingeniería SAS	NIT	900805727	

39. Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CR 5 # 12-111	3184560412	sandra.mr0290@hotmail.com	Bogotá	Cund

F383-RIVA V.1.0-2016

2013

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran al final del formulario antes de diligenciar

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 11/11/2025

II. 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 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 del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad [ ]	Número de documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha 11/11/2025

43. EPS anterior	44. Motivo de 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.
- [X] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 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.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

Edwin Fereg Romero

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de 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 conste 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 Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBEN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					11 Nov 2025	

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad [ ]	Número del documento de identidad	65. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

VIGILADO SUPERSALUD

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.

F395 RIVA V.1.0-2016

2014

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar
NIT 830.003.564-7

9012454435
9012454435

29959356

Fecha de Radicación 15 11 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran adjunto al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Actuación	3. Régimen	4. Contribución Solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Afiliación B. Novedades X	A. Inicial B. Traslado C. Traslado Inmediato X D. Corrección E. Reingreso	A. Contributivo X B. Excepción C. Especial	1. 1% 2. 2% 3. 3% 4. 4% 5. 5% 6. 6% 7. 7% 8. 8% 9. 9% 10. 10%	1. Cotizante X 2. Beneficiario 3. Adicional 4. Pensionado	A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado	

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: MORENO	Segundo Apellido: MOSCUERA	Primer Nombre: JAMER	Segundo Nombre: YAIR

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1042733884	Masculino X		

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				01 10 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI: NO: X	SI: NO:	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		$1.423.500	

26. Residencia			
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Departamento: Meta	Municipio / Distrito: Castilla	Localidad / Comuna	Cabecera Municipal: Rural Dispersa: Centro Poblado: Zona: Resto Rural:

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M Trans Otro Cual	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
				Femenino Masculino	F M Trans Otro Cual	País Departamento Municipio	
01							
02							
03							
04							
05							

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
					SI NO	Nivel Grupo	SI NO CONTACTO EXCLUSIVO	SI NO
01								
02								
03								
04								
05								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabecera Municipal	Rural Dispersa	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (Aplica para EPS)
01									
02									
03									
04									
05									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

2015

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

54. Código de la IPS

C
21
33
73
84
33

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones
PRAGMA CONSULTORIA Y	NT	901443621	
59. Ubicación			
CR 116 BIS 89 A 26 IN 12 302	30579305	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación | 2. Corrección de datos básicos de identificación | 3. Actualización de documento de identidad |
4. Actualización y corrección de datos complementarios | 5. Traslado desde la anterior entidad EPS (Activo) | 6. Reporte de pago a entidad administradora (Activo)
7. Inclusión de beneficiarios o afiliados adicionales | 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | 9. Inclusión Voluntaria o adquisición de cotizante por novedad X
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | 11. Inscripción EPS (Retiro al FSR) | 12. Verificación para el traslado de entidad para el FSR
(Retiro solidario) | 13. Reactivación de una relación laboral suspendida para trabajar afiliados cotizantes | 14. Movilidad A (Régimen Contributivo) | 15. Régimen Subsidiado
16. Traslado A (Régimen Regular) | 17. Ingreso de Pensionado | 18. Reporte de Fallecimiento del Cotizante o Cabeza de Familia
19. Traslado de la cuenta de los Pensionados | 20. Retiro de la cuenta de Pensionado | 23. Ingreso a Contribución Solidaria | 24. 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 del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F / M / Otro / Cual)	64. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	15 11 2025	Código	

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 información 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 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

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional | 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

82. Anexa copia del documento de identidad

Cantidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC

TOTAL ANEXOS

83. Copia del documento de propiedad permanente emitida 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 rendida por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
89. Copia de la autorización de Pensión 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 la creación a una entidad habilitada 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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: AYUDANTE DE CONSTRUCCION

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

Cambio Empleo

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

20116

FECHA DE RADICACIÓN: 15 | 11 | 2025

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: RIOS | SEGUNDO APELLIDO: PEDROZO | PRIMER NOMBRE: ENER | SEGUNDO NOMBRE: JOSE

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1085098423
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] ND [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANO
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS COLOMBIA | DEPARTAMENTO MAGDALENA | MUNICIPIO EL BANCO
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 12 | MES 05 | AÑO 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. EDAD: 6
17. CONDICIÓN ESPECIAL
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] | CAT. DE DISCAPACIDAD: N/A
19. TIENE HIJO(S) EN ESTA SEDE: SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL | GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: SURA - CIA. SURAMERICANA D
23. AFP: PROTECCION
24. IBC: $ 1.423.500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
TELÉFONO CELULAR: 3202517927
TELÉFONO FIJO
DIRECCIÓN: CARRERA 10 NO 8-40 | # | - | COMPLEMENTO DIRECCIÓN
CORREO ELECTRÓNICO: RIOSPEDROZOEL@GMAIL.COM
DEPARTAMENTO: META
MUNICIPIO/ DISTRITO: VILLAVICENCIO
LOCALIDAD/COMUNA: MANA- CASANARE
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (compañero o compañera (s) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO: F M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M I NB Otro	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS DEPARTAMENTO MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA MES AÑO
01								
02								
03								
04								
05								
06								

	Datos complementarios del Beneficiario: 43. PARENTESCO	44. SEXO	45. FECHA NACIMIENTO	46. LUGAR DE NACIMIENTO	47. CONDICIÓN ESPECIAL: SI NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL GRUPO	49. DISCAPACIDAD: SI NO	50. CAT. DISCAPACIDAD	51. RESIDENCIA PERMANENTE: SI NO	52. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO
01						01 a.								
02						02 a.								
03						03 a.								
04						04 a.								
05						05 a.								
06						06 a.								

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	54. MUNICIPIO DE RESIDENCIA DEL BENEFICIARIO	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	56. IPS	57. CÓDIGO DE LA IPS (SI REGISTRADA EN LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							
06							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

58. Nombre o razón social: PRAGMA CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S
59. Tipo documento de identificación: NIT - Número Identificación Tributaria
60. Número del documento de identificación: 901443621
TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR: 3057830515
61. Tipo de Aportante o Pagador (Registrado por la EPS)
62. Dirección: CR 118 BIS 69 A 26 IN 12 302
63. MUNICIPIO DE UBICACIÓN: PRAGMAINGENIERIACONSTRUCCIONES S.A.S BOGOTA D.C.
64. DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

RADICADO
15-11-2025
AFILIACIÓN SUJETA A VERIFICACIÓN

69. TIPO DE NOVEDAD
1. NOVEDAD 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 RELACIÓN LABORAL O 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 LA RELACIÓN LABORAL O APORTACIÓN DEL CONDUCTOR DE VEHÍCULOS COLECTIVOS
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LA CALIDAD DE AFILIADO PARA SEGURA COTIZADO
11. INGRESO DESDE EL MOMENTO AL PAÍS
12. RETIRO DE COTIZANTES A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR EPS COLECTIVOS
13. DELEGACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR EPS COLECTIVOS
14. MUNICIPIO
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. CAMBIO DE RÉGIMEN
16. TRASLADO ENTRE EPS
17. CAMBIO DE MUNICIPIO DE AFILIACIÓN
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: RIOS | SEGUNDO APELLIDO: PEDROZO | PRIMER NOMBRE: ENER | SEGUNDO NOMBRE: JOSE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1085098423
62. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] ND [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 12 | 05 | 1991
65. IPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 15 | 11 | 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAUSA CONFIGURACIÓN FALSEDAD O SUPLANTACIÓN

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que ellos(as) Beneficiario(s) respectivo(s) dependen económicamente de mí. [X]
70. Declaración de la no obligación de cotizar 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. Anexo soporte de la Entidad
72. Declaración de no pertenecer a otra EPS 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 vigentes y a las entidades públicas que por ley tengan la vigilancia.
75. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por ley tengan la vigilancia.
76. Autoriza para que la EPS realice el manejo de 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. a) Autoriza el consentimiento explícito para que esa Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos [X]
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
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 bajas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

Ener Jose Rios
60. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

Juan David Rodriguez
61. El representante, apoderado, o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: NUIP [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PEP [ ] PPT [ ] Total [ ]
Cuidado [ ]
83. Copia del documento de independencia económica emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial ejecutoriada, cuando se requiera la separación de cuerpos y sentencia pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
85. Copia de la sentencia judicial o del acta administrativa de custodia.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia.
88. Documento en que conste la petición de la madre gestante o del cónyuge o compañero permanente de la cotizante, en los términos del artículo 2.1.3.3 del Decreto 780 de 2016
89. Copia de la autorización de acuerdo por escrito de la Superintendencia Financiera de Colombia mediante el 4 y 5 del artículo 2.1.3.3 del Decreto 780 de 2016
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acta de liquidación o providencia de las entidades liquidadas en las que conste la ... del pago de aportes o en la que conste la afiliación de oficio.
Total Anexos [ ]

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

94. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | 97. FECHA DE VALIDACIÓN

2019

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

No de Radicación	Fecha de Radicación
1015814487	10/11/2020 15:15

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1.Tipo de Traslado: A. Afiliación ☐ B. Registro de Novedades ☒
2. Tipo afiliado: A. Individual: Cotizante Cabeza de Familia ☒ / Beneficiario afiliado adicional ☐ — B. Pensionado ☐ — C. Independiente ☐ — D. Otro ☐
3.Regimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4.Contribución Solidaria: SI ☐ No ☒
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Adicional a titular ☐
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐
7.Código (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando se trate de afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RUEDA	CEPO	VICTOR	MANUEL

9.Tipo documento de identidad: CC
10.Número del documento de identidad: 1065883522
11.Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☒
12.Sexo identificación: F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual
13. Nacionalidad: COLOMBIA
14.Lugar Nacimiento: País: COLOMBIA Departamento: LA GUAJIRA Municipio: MAICAO
15.Fecha Nacimiento: 30/04/1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia: 1
17.Comunidad:
18.Discapacidad: SI ☐ No ☒ — Categoría Discapacidad:
19.Tiene encuesta SISBEN: SI ☐ NO ☒
20.Clasificación SISBEN: Nivel: Grupo:
21.Grupo población especial:
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
23. Administradora de Pensiones: COLFONDOS
24. Ingreso base de cotización - IBC: 1423500
25. Tarifa Contribución Solidaria:
26.Residencia
Dirección: CL 12A SUR 12 12
Teléfono fijo: 3221630750
Teléfono celular: VICTORGUERRACARD@GMAIL.COM
Correo electrónico:
Departamento: BOGOTA
Municipio/Distrito: BOGOTA
Localidad / comuna: USAQUEN
Zona: Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ 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: Femenino ☐ Masculino ☐
31. Sexo Identificación: F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual
32. Nacionalidad
33.Lugar Nacimiento: País: Departamento: Municipio:
34.Fecha Nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios 01 y 02 (en otros adicionales)

35. Apellidos y nombres: Primer apellido / Segundo apellido / Primer nombre / Segundo nombre
01
02
03
04
05

	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	País	Departamento	Municipio	
01															
02															
03															
04															
05															

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	Categoría	SI	NO
01													
02													
03													
04													
05													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Rural	Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Teléfono fijo y/o celular	Correo Electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

Relación de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Código de la IPS(a registrar por la EPS)
01	VG OLAYA - DRZ. DENTOCLASER OLAYA	VGOLAYA - DENTOCLAYA
02		
03		
04		

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)
PRAGMA CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS	NIT	900410621	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo y/o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 116 BIS 69 A 26	3057999515	YARIRALARCON2@HOTMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

M-PYDA-F001 V 1.0 2018

No de Radicación
4015814187

II. REPORTE DE NOVEDADES

10. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización mecanismo de validez
- [ ] 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código: [ ]
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código: [ ]
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 9. Inicio de relación laboral o asignación de cotizaciones para cobrar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pacífica de las cotizaciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Inscripción EPS cónyuge al país
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliación colectiva
- [ ] 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 la factura(s) del cotizante o cabeza de familia
- [ ] 17. Reporte del recibo de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de los Pensionados
- [ ] 19. Reporte de la calidad del pensionado
- [ ] 20. Ingreso a corresponsabilidad solidaria
- [ ] 21. Retiro de corresponsabilidad solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

51. Datos básicos de la identificación: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	52. Sexo biológico (Femenino [ ] Masculino [ ])	53. Sexo identificación (F [ ] M [ ] T [ ] Otro [ ] Cual [ ])	54. Fecha de nacimiento
[ ]				

55. EPS anterior	56. Fecha de Novedad (D/M/A)	57. Motivo de traslado Código:	58. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
		[ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

59. [ ] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

60. [ ] 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 documentos que acrediten la condición de beneficiario.

72. [ ] Declaración de no información 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 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 atención del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por ley tengan funciones de registro.

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 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, según 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

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Victor Guerra	

X. ANEXOS

82. Anexo: Copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: [1]

- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitida por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia custodia judicial o acta administrativa de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, y el certificado 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 consten 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. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del Departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015804589	1|5|1|1|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	C. 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 ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
VILLALOBOS (Primer apellido)	GARCIA (Segundo apellido)	CESAR (Primer nombre)	(Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	6688582	Femenino ☐ Masculino ☒	F☐ M☒ T☐ NB☐ Otro☐ Cual	COLOMBIA	País: COLOMBIA Departamento: CESAR Municipio: CHIMICHAGUA	0|4|0|4|1|9|7|9

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
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	1423500	

26.Residencia			
CR 10 8 40 (Dirección)	Telefono fijo	3219278749 (Telefono celular)	AMERICA01781979@GMAIL.COM (Correo electronico)

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
META	VILLAVICENCIO	COMUNA 1	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	32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento	34.Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F☐ M☐ T☐ NB☐ Otro☐ Cual		País: 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	País	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: Cabecera municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural dispersa	Zona: Resto rural	Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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 TORRE 33 - VS TORRE 33	VSTORRE33 - VSTORRE33
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)
PRAGMA CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901443621	01

59.Ubicación				
CR 118 BIS 89 A 26 (Dirección)	3057930515 (Teléfono fijo o celular)	YANIRAALARCONDURAN@YAHOO.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4015804589

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 país.
- ☐ 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 Femenino ☐ Masculino ☐	63.Sexo Identificación F☐ M☐ T☐ NB☐ Otro☐ Cual	64.Fecha de nacimiento
☐				

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad 1|5|1|1|2|0|2|5	67.Motivo de traslado Código: ☐	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

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 Contributivo,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. ☐ Declaración 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 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 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, según 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

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
cesar villalobos	

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. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	93. Nombre de la Institución
☐	☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número 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, así como la veracidad de las demás información registrada.

2021

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud EPS-S

Número de Radicación | Fecha de Radicación

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedad [✓]
2. Tipo de Afiliado: A. Cotizante o Cabeza de Familia [✓] - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] B. Cónyuge [ ] C. Independiente [ ] D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [✓] B. Subsidiado [ ]
4. Contribución solidaria: Si [ ] No [ ]
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [✓] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente [✓] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. Código (A diligenciar por la EPS):

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres completos			
DIAZ	RANGEL	JESUS	DAVID

9. Tipo documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo de identificación
CC	1001881805	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [✓] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
COLOMBIANO	COLOMBIA	ATLANTICO	SOLEDAD	29 / 05 / 1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad: Tipo	Condición
		Si [ ] No [✓]		

19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN		21. Grupo de población especial
Si [ ] No [ ]	Nivel	Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingresos base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SURA	PORVENIR	1423500	

26. Residencia			
CALLE 15 40 01 41 101 ESQUINA		3052663829	ELMALVIO COM@GMAIL.COM

META	VILLAVICENCIO	LA PRIMAVERA	Cabecera Municipal [✓] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres completos					

28. Tipo documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo de identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?		País	Departamento	Municipio	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. Apellidos y nombres completos: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	36. Tipo de documento de identidad	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	OTRO	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1																			
B2																			
B3																			

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN: SI	NO	48. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Responsable para cotización: SI	NO
B1													
B2													
B3													

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio-Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural	Teléfono fijo con indicativo	52. Valor de la UPC del régimen subsidiado a reconocer por la EPS
B1								
B2								
B3								

	Dirección	Correo electrónico
B1		
B2		
B3		

capitalsalud EPS-S
Original Afiliado
15 NOV 2021

Selección de la IPS primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (A diligenciar por la EPS)
B1		
B2		
B3		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Razón o Razón Social	56. Tipo de Aportante (Si es Empleador)	57. Número de Documento de Identificación	58. Tipo de Aportante (Cuando Corresponda)
PRADA CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901443621	EMPLEADOR

59. Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Departamento	Municipio
CR 11B BIS 60 A 26 IN 12 302	3007930619		CUNDINAMARCA	BOGOTA

capitalsalud
eps-s

2012

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de los datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 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 trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado Código ☐	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	1 8 / 1 1 / 2 0 2 5		

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 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 internación 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 el celular como mensajes de texto.
- ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Jesus Diaz	Juan Rodriguez

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT
Cantidad de documentos de identidad anexos:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Total Anexos ☐

- 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- 88 Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- 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.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio ☐ Código del Departamento ☐ | 93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación

Observaciones:

Recuerda 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.

VIGILADO Supersalud

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s

capitalsalud eps-s
14 NOV 2025
RECIBIDO SIN ACEPCION
PAU YUNAL

Número de Radicación | Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedad [X]	2. Tipo de Afiliación A. Cotizante [ ] B. Beneficiario [ ] C. Cabeza de Familia [ ] D. Pensionado [ ] E. Independiente [ ] F. Voluntario [ ] G. Institucional [ ]	[X] - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] D. Da Oficio [ ]	3. Régimen A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]	4. Contribución solidaria SI [ ] No [ ]
5. Tipo de afiliado A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	6. Tipo de cotizante A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]			7. Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres completos			
ESTANGA.	TORREALBA	CARLOS	LUIS

9. Tipo documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico Femenino [ ] Masculino [ ]	12. Sexo de identificación F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?
PPT	5765564		

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
VENEZOLANO	VENEZUELA	TRUJILLO	TRUJILLO	22 09 19 18 13

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

16. Etnia [ ]	17. Comunidad [ ]	18. Discapacidad SI [ ] No [X]	Categoría de discapacidad Tipo [ ] Cuidador [ ]

19. Tiene encuesta SISBÉN SI [ ] No [ ]	20. Clasificación SISBÉN Nivel / Grupo	21. Grupo de población especial [ ]

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingresos base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SURA	PORVENIR	1423500	

26. Residencia			
MZ 21 CA 1		3133961722	carlosestanga2231@gmail.com

META	VILLAVICENCIO	POMPEYA BAJA	Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres completos			

28. Tipo documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino [ ] Masculino [ ]	31. Sexo de identificación F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?	34. Fecha de nacimiento

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento		
	País	Departamento	Municipio

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres completos	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino	Masculino	40. Sexo identificación F	M	T	NB	OTRO	Cuál?	41. Lugar de nacimiento País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN SI	NO	48. Clasificación SISBÉN Nivel	Grupo	49. Discapacidad SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente SI	NO
B1													
B2													
B3													

	51. Datos de residencia Departamento	Municipio/Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			

Selección de la IPS primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
A		
D		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador a pensiones
pragma consultoría y construcciones SAS	[NIT]	901443621	PORVENIR

59. Ubicación				
CR 118 BIS 89 A 26 IN 12 302	3057930515	pragmaingenieriaconstrucciones@gmail.com	Bogotá	Bogotá

20123

2024

capitalsalud
EPS-S

B. REPORTE DE NOVEDADES

68. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Ingreso (Afiliación inicial del Beneficiario)
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código [ ]
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código [ ]
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o vinculación de novedades para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o desvinculación de novedades para cotizar
- [ ] 11. Traslado desde EPS anterior al pago
- [ ] 12. Vinculación a una
- [ ] 13. Desvinculación de la
- [ ] 14. Movilidad [ ] a régimen contributivo [ ] a régimen
- [ ] 15. Traslado [ ] a régimen contributivo [ ] a régimen
- [ ] 16. Reporte de [illegible] del Cabeza de Familia
- [ ] 17. Reporte del traslado de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de [illegible]
- [ ] 19. Reporte de la calidad de pensionado
- [ ] 20. Ingreso a Cotización Solidaria
- [ ] 21. Retiro de Cotización Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	62. Sexo (Opción Femenino [ ])
[ ]		

63. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Copia de [illegible]
	1 3 | 1 1 | 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 contributivo especial o de excepción
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito
- [ ] 72. Declaración de [illegible]
- [ ] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copias de [illegible]
- [ ] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere [illegible]
  [illegible]
- [ ] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales de [illegible] en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico [illegible]
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Cotización Solidaria y [illegible] pago contemporáneo
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en el [illegible] vigente

VIII. CONTRIBUCION SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que ya tiene cargo del pago de la cotización
Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad
[ ]	

IX. FIRMAS

80. El cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Apoderado o entidad responsable de
CARL	Duván [illegible]

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

Cantidad de documentos de identidad anexos	CN	RC	TI	CC	PA	CE	SD	AS	PT
	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

Total anexos [ ]

83. Copia del documento de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación [illegible]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial [illegible] sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
86. Copia del certificado de [illegible] o acta de entrega del menor
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
88. Documento en que conste la promesa de la pareja peticionaria o el [illegible] de convivencia [illegible] de 2 años previos
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
90. Certificado de vinculación a una entidad autorizada para realizar [illegible]
91. Copia del acto administrativo [illegible]

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIONES ESPECIALES

92. Identificación de la Entidad Territorial Código de [illegible] [ ]

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIONES ESPECIALES

94. Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Firma

Observaciones:

capitalsalud EPS-S
14 NOV 2025
RECIBIDO SIN ACEPCIÓN
PAU YUNAL

Recuerde que [illegible] del formulario [illegible] de la [illegible]

20125

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015003937	15|11|2|6|2|5

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

1.Tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria: SI ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Código (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
BASTO (Primer apellido)	RODRIGUEZ (Segundo apellido)	JHON (Primer nombre)	JAIRO (Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo Identificación	15.Fecha Nacimiento
CC	1121836450	Femenino ☐ Masculino ☒	F☐ M☒ T☐ NB☐ Otro☐ Cual	1|5|1|0|1|9|8|7

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			
COLOMBIA	País: COLOMBIA	Departamento: META	Municipio: VILLAVICENCIO	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad		
6		Categoria Discapacidad	SI ☐	NO ☒

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
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A	PROTECCION	1423500	

26.Residencia			
VRD ARRAYANES KM 22 (Dirección)	Telefono fijo	3182628630 (Telefono celular)	JHON-STAD@HOTMAIL.COM (Correo electronico)

META (Departamento)	VILLAVICENCIO (Municipio/Distrito)	Localidad / comuna	zona	Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ 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

29. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo Identificación	34.Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F☐ M☐ T☐ NB☐ Otro☐ Cual	

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento		
	País:	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	País	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 TORRE 33 - VS TORRE 33	VSTORRE33 - VSTORRE33
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. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
PRAGMA CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901440621	01

59.Ubicación				
CR 118 BIS 69 A 26 (Dirección)	3057930515 (Teléfono fijo o celular)	YANIRAALARCONDURAN@YAHOO.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/distrito)

20126

No de Radicacion
4015E03937

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 país.
- ☐ 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 (Femenino ☐ Masculino ☐)	63.Sexo Identificación (F☐ M☐ T☐ NB☐ Otro☐ Cual)	64.Fecha de nacimiento
☐				

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	1|3|1|1|2|0|2|5	☐	

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 Contributivo,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. ☐ Declaración 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 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 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 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, según 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

Jhon J. Basto	
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. Identificación de la Entidad Territorial — Código del municipio	Código del Departamento	93. Nombre de la Institución
☐	☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres — Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número 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 capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de los demás información registrada

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 830.251.445-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 19 11 2025

790982374

20129

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X - Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio	A. Contributivo B. Subsidiado	Si No X

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
PARRA	MONTAÑA	DANIEL	HUMBERTO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA	1121959816	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro Cuál	COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
	País	Departamento	Municipio	
	COLOMBIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	21 12 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad		19. Tiene encuesta SISBEN		20. Clasificación SISBEN		21. Grupo de población especial
		Si No	Categoría de discapacidad	Si	No	Nivel	Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25.Tarifa Contribución Solidaria
SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS	PORVENIR	$ 1.423.500	

26. Residencia Dirección		Teléfono Fijo
CL 15 # 40 - 01 41 101		
Teléfono Celular	**Correo Electrónico**	
3508893330	DANIELHPM2198@GMAIL.COM	

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
META	VILLAVICENCIO	META	Cabecera Municipal X Rural Disperso; Centro Poblado; Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	

33. Lugar de nacimiento				34. Fecha de nacimiento
	País	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 de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
						País Departamento Municipio	
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

51. Datos de residencia					52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona	Teléfono fijo y/o celular	
B1			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
	Dirección		Localidad/Comuna	Correo Electrónico	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	EPS SANITAS CENTRO MEDICO VILLAVICENCIO	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
PRAGMA CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901443621	

59. Ubicación

Dirección: CR 118 BIS 89 A 26 IN 12 302

Teléfono fijo o Celular: 3057930515

Correo Electrónico: PRAGMAINGENIERIACONSTRUCCIONES@GMAIL.COM

Departamento: BOGOTA D.C.

Municipio / Distrito: BOGOTA D.C.

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cuál)	64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	18 11 2025	Código	

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.
- [X] 72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Daniel Humberto Parra	

X. ANEXOS

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

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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial — Código del municipio: 001 — Código del departamento: 50 — 93. Nombre de la Institución:

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)
			19 11 2025	

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LTDA 900.282.038	EPS SANITAS RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS Recibido por: A.C.I. Fecha: 19-11-2025	

2025

2029

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar
NIT 830.003.564-7

9012460790
9012460790

No. de Radicación SAT: 29968474

Fecha de Radicación: 19 | 11 | 2025

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación: ☐ B. Reporte de Novedades: X	A. Independiente - Cotizante o cabeza de familia: X - Beneficiario o afiliado adicional: ☐ B. Pensionado: ☐ C. Institucional: ☐ D. De oficio: ☐	A. Contributivo: X B. Subsidiado: ☐	SI: ☐ NO: ☐	A. Cotizante: X B. Cabeza de familia: ☐ C. Beneficiario: ☐ D. Afiliado adicional: ☐	A. Dependiente: X 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			
MENESES	RODRIGUEZ	GEOVANNY	SEBASTIAN
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1123800293	Femenino: ☐ Masculino: X	F: ☐ NB: ☐ Otro: ☐ Cual:	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				02 | 01 | 2004

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad (Categoría discapacidad)	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI: ☐ NO: X	SI: ☐ NO: ☐	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		$1.423.500	

26. Residencia			
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Cabecera Municipal: ☐ Rural Disperso: ☐ Centro Poblado: ☐ Resto Rural: ☐ Zona

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino: ☐ Masculino: ☐	F: ☐ NB: ☐ Otro: ☐ Cual:	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D | D | M | M | A | A | A | A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
01		
02		
03		
04		
05		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
PRAGMA CONSULTORIA Y	NT	901443621	

59. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CR 118 BIS 89 A 26 IN 12 302	30579305		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 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 traslado de protección al cesante [ ]
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] Otro [ ] Cual	D D / M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D 19 M 11 A 2025	Código [ ]	

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 información 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 Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad [ ] Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

Giovanny Manrres

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad								

TOTAL ANEXOS [ ]

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del 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 [ ]

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

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio [ ]	Código del departamento [ ]	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario
[ ]		

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud epss

Número de Radicación | Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedad [✓]	2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [✓] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]	3. Régimen A. Contributivo [✓] S. Subsidiado [ ]	4. Contribución solidaria Si [ ] No [ ]
5. Tipo de afiliado A. Cotizante [✓] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	6. Tipo de cotizante A. Dependiente [✓] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	7. Código *La registrará por la EPS*	

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres completos			
BARRIETOS	SALDARRIAGA	ARLEY	

9. Tipo documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico Femenino [ ] Masculino [✓]	12. Sexo de identificación F [ ] M [✓] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?
CC	17360268		

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
COLOMBIANO	COLOMBIA	META	MAPIRIPAN	0 6 0 1 1 9 8 8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad Si [ ] No [✓]	Categoría de discapacidad Tipo	Cantidad

19. Tiene encuesta SISBÉN Si [ ] No [ ]	20. Clasificación SISBÉN Nivel	Grupo	21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SURA	COLPENSIONES	1423500	

26. Residencia			
CALLE 15 40 01 41 101 ESQUINA		3133624082	arleybarr84@gmail.com

META	VILLAVICENCIO	RINCON POMPEYA	Cabecera Municipal [✓] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres completos	28. Tipo documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino [ ] Masculino [ ]	31. Sexo de identificación F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento País / Departamento / Municipio	34. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. Apellidos y nombres completos: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino	Masculino	40. Sexo identificación F	M	T	NB	OTRO	Cuál?	41. Lugar de nacimiento País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
01															
02															
03															

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN Si	No	48. Clasificación SISBÉN Nivel	Grupo	49. Discapacidad Si	No	Categoría de discapacidad	50. Discapacidad permanente Si	No
01													
02													
03													

	51. Datos de residencia Departamento	Municipio/Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural	Teléfono fijo con indicativo	52. Valor de la UPC del afiliado adicional *(lo registra por la EPS)*
01								
02								
03								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
01			
02			
03			

Selección de la IPS primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	15 NOV 2025	54. Código de la IPS *(lo registra por la EPS)*
C		
B		
P		
R		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Razón social o Nombre	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador o pensionado
PRAGMA CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901443621	PRIVADO

59. Dirección				
CR 118 BIS 80 A 26 IN 12 302	3057930515	pagos@pragmaconstrucciones.com	CUNDINAMARCA	BOGOTA

capitalsalud epss

B. REPORTE DE NOVEDADES

80. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de los datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 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 trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

81. Datos básicos de identificación

Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	82. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	83. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál	84. Fecha de nacimiento

85. EPS anterior	86. Fecha de novedad	87. Motivo de traslado	88. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	19 / 11 / 2025	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 contributivo, especial o de excepción.
- ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 72. Declaración de no información 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 Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Arley Barrietos	Juan Rodriguez

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT	Total Anexos
Cantidad de documentos de identidad anexos:									

- 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declara 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.
- 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.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio ☐ Código del Departamento ☐ | 93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación

Observaciones:

Recuerda 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.

20133

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: 15 | 11 | 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. REGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN
B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO BELEÑO | SEGUNDO APELLIDO GUTIERREZ | PRIMER NOMBRE IGNACIO | SEGUNDO NOMBRE
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1049884941
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] ¿Cuál?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANO
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS COLOMBIA | DEPARTAMENTO BOLIVAR | MUNICIPIO PINILLOS
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 01 | MES 02 | AÑO 1984

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. EDAD: 6
17. CONDICIÓN DISCAPACIDAD
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] | CAT. DE DISCAPACIDAD: N/A
19. TIENE EJEC. ESTA SISBEN: SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN | NIVEL | GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: SURA - CIA. SURAMERICANA D
23. AFP: PROTECCION
24. IBC: $ 1.423.500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
TELÉFONO CELULAR: 3503625662
TELÉFONO FIJO
DIRECCIÓN: CARRERA 10 NO 8-40 MANÃ• CASANARE # —
COMPLEMENTO DIRECCIÓN
CORREO ELECTRÓNICO: IGNACIO-125@HOTMAIL.COM
DEPARTAMENTO: META
MUNICIPIO/ DISTRITO: VILLAVICENCIO
LOCALIDAD/COMUNA: MANÃ•
ZONA: PUBLICA MUNICIPAL [X] LATERAL PUBLICO [ ] PRIVADA CONJUNTO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS

D. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR – Datos de identificación del beneficiario (Compañera o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] ¿Cuál?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO (T / M / F)	40. SEXO IDENTIFICACIÓN (F / M / T / NB / Otro)	41. LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO)	42. FECHA DE NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)
51								
52								
53								
54								
55								

	Datos complementarios del Beneficiario			44. ¿TIENE DISCAPACIDAD?		45. CLASIFICACIÓN SISBEN		46. DÍAS CAPACIDAD PAGADOS		47. ¿TIENE EJECUTORIA ESTA SISBEN?		48. Datos de residencia		ZONA			
	43. PARENTESCO	44. EDAD	45. ESCOLARIDAD	SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	SI	NO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO				
56																	
57																	
58																	
59																	
60																	

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. ¿TIENE DISCAPACIDAD?	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (SI ESTUDIANTE POR LA EPS)
61							
62							
63							
64							
65							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O CORRESPONDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social: PRAGMA CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S.N.I - Número Identificación Tributaria
56. Tipo documento de identificación
57. Número del documento de identificación: 901443521
TELÉFONO FIJO Y CELULAR: 2057930516
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (si aplica) (Ver tabla 5)
59. Dirección: CR 118 BIS 69 A 26 N 12 302 # —
MUNICIPIO/ DISTRITO: PRAGMA INGENIERIA CONSTRUCCIONES SUCURSAL BOGOTA D.C.
DEPARTAMENTO: BOGOTA, D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. ACTUALIZACIÓN 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. 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 CONDICIÓN DE INDEPENDIENTE PARA SER COTIZANTE
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE COTIZANTE
11. DESCRIPCIÓN O RETORNO AL PAÍS I. INICIO DE COMISIÓN DE SERVICIOS
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
14. SUSPENSIÓN
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL PAGO EN SOLIDARIDAD
15. REINGRESO
16. RETIRO
17. CAMBIO DE PUESTO DE TRABAJO
18. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
20. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
21. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.
22. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.

15-11-2025
AFILIACIÓN SUJETA A VERIFICACIÓN

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS PASIOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO BELEÑO | SEGUNDO APELLIDO GUTIERREZ | PRIMER NOMBRE IGNACIO | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1049884941
62. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] ¿Cuál?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA 01 | MES 02 | AÑO 1984
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA 15 | MES 11 | AÑO 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CASO DE CONTINUIDAD PARA LA ATENCIÓN DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [X]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la firmada
72. Declaración de no internacionalidad 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 vigentes y a las entidades públicas que por ley lo deban tratarse.
75. Autoriza para que la EPS realice el manejo de 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. Autoriza para que la EPS realice el manejo de 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. a) Autorizo el consentimiento explícito para este Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, VitalePay y otros canales, para recibir mensajes informativos [X]
b) Autorizando para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los límites legales, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
77. Aceptación de las condiciones para Vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [X]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [X]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia requerir la persona de su grupo familiar que tendrá cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

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

Juan David Rodriguez
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 [ ] CE [ ] PA [ ] NV [ ] PEP [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] Cuántos? Total [ ]
83. Copia del documento de responsable económico cuando sea la solicitud correspondiente.
84. Copia del registro civil de nacimiento o de la Tarjeta de identidad, para los menores de edad o certificado de nacido vivo.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare la unión marital de hecho, cuando se requiera la inscripción del compañero o compañera permanente, para los cotizantes o afiliados adicionales dentro de la inclusión de la unión marital.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega definitiva.
87. Copia de la orden judicial o del acta de custodia y custodia.
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o del certificado de privación de la patria potestad y/o Declaración Juramentada (Ley 1306 de 2009 y Decreto 2353 de 2015).
89. Copia de la autorización de tutela en la que conste la designación de tutor (Artículo 2.2.3.1.1 y 2.2.3.1.2 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 los expedientes en los que conste la calidad de beneficiario o que ordene la afiliación de oficio.
Total Anexos [ ]

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio [ ] | Código del departamento [ ]
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
95. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
96. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
97. FECHA DE EXPEDICIÓN: DÍA | MES | AÑO

EPS | Cajacopi

Cuida de ti

20134

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación	Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia X; Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo X B. Subsidiado	SI No X

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (asignado por la EPS)
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	1

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y Nombres			
MORENO	LUCUMI	JHON	JAVER
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. N° del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	86073337	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
	País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTA	Municipio	BOGOTA	22 12 1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad: SI No	Categoría de discapacidad

19. Tiene encuesta SISBÉN SI No	20. Clasificación SISBÉN: Nivel Grupo	21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SURA	PORVENIR	1423500	

26. Residencia			
Dirección: CALLE 15 40 # 41	Teléfono Fijo	Teléfono Celular: 3132456080	Correo Electrónico: pragmaingenieriacon strucciones@gmail.com

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / Comuna	Zona: Cabecera Municipal X; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural
META	VILLAVICENCIO	PRIMAVERA	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo de documento de identidad	29. N°del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
	País	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 de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	OTRO	CUAL	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos Complementarios

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN: SI	47. NO	48. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: Nivel	Grupo	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio /Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			

ESPACIO RESERVADO Supersalud

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	MULTISALUD SAS	190
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

56. Nombre o razón social	58. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	59. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
PRAGMA INGENIERIAS	NIT	901443621	

60. Ubicación				
CR 118 BIS 89 A 26 IN 12 302 (Dirección)	3057930515 (Teléfono fijo o Celular)	pragmaingenieriaconstrucciones@gmail.com (Correo electrónico)	CUNDINAMARCA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/Distrito)

B. REPORTE DE NOVEDADES

63. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico: Femenino / Masculino	63. Sexo identificación: F / M / I	NB / Otro / Cuál	64. Fecha de nacimiento
					D D M M A A A A

65. EPS Anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de Traslado	68. Caja de Compensación Familiar a Pagador de Pensiones
	D 18 M 11 A 2025	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- X 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- X 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de Beneficiarios.
- X 72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- X 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- X 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
- X 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.
- X 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- X 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- X 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

Jhon Javier Moreno

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

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad: CN TI 1 PA CD Total 1
RC CC CE SC

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

89. 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.

Cajacopi
SECCIONAL GUAJIRA
RADICADO
FECHA 21/11/2025
FIRMA Margarita Deluque

VIGILADO Supersalud

2035

2036

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

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del Municipio	Código del departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del Funcionario	96. Fecha de Radicación D D M M A A A A
			97. Fecha de Validación D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

AVISO DE PRIVACIDAD

CAJACOPI EPS S.A.S., en desarrollo de la autorización prevista en el numeral 75 del formulario de afiliación , le informa que los datos personales suministrados a través del presente formato, mensaje y/o a través de cualquiera otra forma prevista en la ley para la afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud que administra esta entidad, serán tratados de manera confiable y segura con la finalidad principal de garantizar la prestación del servicio de salud de nuestros afiliados, usuarios y pacientes dentro del marco normativo dispuesto en Colombia para tal efecto, lo que incluye la solicitud de datos sensibles por mandato de la Resolución 1923 de 2024. En ejecución de esta finalidad principal CAJACOPI EPS podría realizar los siguientes tratamientos sobre sus datos y con las finalidades que se exponen a continuación: A. Cruzar sus datos personales con otros recolectados en bases de datos que administran otras EPS, así como la SuperSalud y el Ministerio de salud, para obtener información de la afiliación única a la Seguridad Social y reportar estadísticas a las autoridades de control. B. Recibir sus peticiones, quejas y reclamos y gestionar todo lo que corresponda con ellas. Para ello el titular del dato autoriza ser contactado por cualquiera de los canales o datos de contacto suministrados a través de este formulario, así como a través de los canales a través de los que usted acceda a nuestros servicios. En este sentido le recordamos su obligación como afiliado a esta EPS de mantener actualizada su información personal conforme lo estipula la Resolución 229 de 2020. C. Remitir su información personal a las autoridades de control cuando así lo requieran en el marco de sus funciones legales y obtener estadísticas sobre enfermedades y patologías que ayuden a la mejor gestión del servicio de salud en Colombia para lo cual se podrán aplicar herramientas de análisis sobre dicha información. D. Desplegar acciones y programas de actualización de sus datos personales contactándole por distintos medios, incluyendo redes sociales o datos de su ubicación laboral, con el fin de cumplir con el principio de calidad sobre los datos. E. Realizar procesos de análisis a través de herramientas que permitan obtener información sobre los requerimientos de salud de nuestros usuarios y mejorar los procesos que permitan garantizar el servicio de salud a partir de la toma de decisiones basada en información real, actualizada y certera. F. Gestionar las autorizaciones solicitadas, asignar las citas, efectuar procesos de referencia y contra referencia con los usuarios y pacientes que se remiten de otras EPS y dispensar los medicamentos que sean prescritos en el proceso de atención del dentro de los marcos legales vigentes. G. Realizar auditorías y revisiones periódicas sobre la constatación de la prestación de los servicios de salud. En estos casos usted podrá ser contactado por el personal correspondiente para hacer estas revisiones periódicas y/o auditorías y desde ya autoriza a CAJACOPI EPS para acceder a su historia clínica. H. Desplegar las acciones pertinentes en el marco de la Medicina Laboral cuando se presenten accidentes de trabajo; determinar los pacientes que presenten enfermedades de alto costo con el fin de gestionar los riesgos frente a una atención integral de salud. I. Promover y mantener la salud pública a través de la gestión de vigilancia epidemiológica de conformidad con las instrucciones de las autoridades de control. J. Tratar datos de víctimas del conflicto armado provenientes de las bases de datos remitidas por el Ministerio de Salud con el fin de que esta EPS realice la intervención correspondiente de acuerdo con las patologías reportadas. K. Efectuar caracterización de los pacientes y de sus patologías para identificación de riesgos que puedan impedir la prestación del servicio de salud. L. Adoptar y las medidas de seguridad de carácter informático, lógico, físico y administrativo que sean necesarias para la debida confidencialidad, reserva y seguridad de la información personal que se encuentra bajo nuestra custodia. M. Establecer procesos de comunicación con usted y su grupo de beneficiarios a través de redes sociales, datos de contacto por usted suministrados y demás medios de comunicación a los que acuda esta EPS con el fin de atender sus requerimientos y necesidades, así como para promover programas de prevención en salud. N. Las demás acciones que se requieran desplegar por esta entidad con el fin primordial de garantizar la prestación del servicio de salud, como lo es la contratación de la red de prestadores de servicios de salud, la entrega de sus datos a terceros proveedores encargados de tratamientos puntuales al momento de la prestación del servicio de salud, proveedores que pueden tener sus sistemas de información ubicados dentro de Colombia o bien por fuera de ella, y que obrarán en todo caso bajo la vigilancia de esta EPS. Con el fin de que usted pueda conocer, actualizar, rectificar, modificar su información, o bien oponerse a un tratamiento específico de los antes enunciados y solicitar la exclusión de sus datos y/o revocar su consentimiento, siempre que no exista mandato legal o contractual que le obligue a soportar los tratamientos mencionados, se ha dispuesto de los siguientes canales: correo electrónico habeasdata@cajacopieps.com, le invitamos a consultar nuestra Política de Privacidad en www.cajacopieps.com.

20139

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: 18 | 11 | 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual: a) Cotizante o Cabeza de Familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: MORENO | SEGUNDO APELLIDO: MOSQUERA | PRIMER NOMBRE: JOSE | SEGUNDO NOMBRE: DOMINGO

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 12021006
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD: COLOMBIANO
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA | MUNICIPIO: VIGIA DEL FUERTE
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA: 24 | MES: 09 | AÑO: 1982

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] | CAT. DE DISCAPACIDAD: N/A
19. TIENE CUIDADOR: SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL | GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: SURA - CIA. SURAMERICANA D
23. AFP: PROTECCION
24. IBC: $ 1.423.500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA:
TELÉFONO CELULAR: 3126751047
TELÉFONO FIJO:
DIRECCIÓN: CARRERA 10 NO 8-40 MANÁ- CASANARE # —
CONJUNTO/EDIFICIO:
CORREO ELECTRÓNICO: JOSEDJMORENO1@GMAIL.COM
DEPARTAMENTO: META
MUNICIPIO/ DISTRITO: VILLAVICENCIO
LOCALIDAD/COMUNA: MANI
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS:

D. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR – Datos de identificación del beneficiario (cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
26								
27								
28								
29								
30								

	Datos complementarios del Beneficiario											51. Datos de residencia		ZONA			
	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD INDÍGENA	46. DISCAPACIDAD SI	46. DISCAPACIDAD NO	47. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL	47. CLASIFICACIÓN SISBEN GRUPO	48. DAS CAPACIDAD SI	48. DAS CAPACIDAD NO	49. ADULTOS EN PENSIONES SI	49. ADULTOS EN PENSIONES NO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
26																	
27																	
28																	
29																	
30																	

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO/BENEFICIARIO	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD
26							
27							
28							
29							
30							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social: PRAGVA CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS
56. Tipo documento de Identificación: NIT-Número de Identificación Tributaria
57. Número del documento de identificación: 901443621
58. Dígito de verificación: 2
59. Dirección: CR 116 BIS 69 A 26 IN 12 302
60. Teléfono: 2057930015
61. Fecha de aportante o pagador de pensiones (empleador para la ERL): 18-11-2025
62. Código de la sede: PRAGMANGE-IBERACONSTRUCCIONES
63. Municipio: BOGOTA D.C.
64. Departamento: BOGOTA D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

65. 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. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE PILA Código
7. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE APORTES ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIÓN DE COTIZANTE PARA EFECTOS DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE COTIZANTE PARA EFECTOS DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS / RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
12. TRASLADO A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
14. RECIBIDO
a) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO
b) AL REGIMEN SUBSIDIADO
15. INICIO DE LA RELACIÓN LABORAL
16. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL
17. CAMBIO DE RÉGIMEN
18. CAMBIO DE IBC
19. REPORTE DEL TRAMITE DE PRESTACIÓN AL CUIDADOR
20. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

18-11-2025
AFILIACIÓN SUJETA A VERIFICACIÓN

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: MORENO | SEGUNDO APELLIDO: MOSQUERA | PRIMER NOMBRE: JOSE | SEGUNDO NOMBRE: DOMINGO
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 12021006
62. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 24 | 09 | 1982
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: 18 | 11 | 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CÓDIGO DE HABILITACIÓN DE LA PRESTADORA ANTERIOR DE LA PERSONA

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

68. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [X]
70. Declaración de la no obligación de cotizar al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de evidencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de lo anterior. [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales a un tercero para el reporte de novedades. [ ]
73. Autorización a mi que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a los entidades públicas que por ley lo requieran. [X]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos suministrados del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo prudito en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [X]
76. a) Autorizo mi consentimiento explícito para ser una nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamada Telefónica, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos [X]
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los límites regulares, fuimos el cual registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
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 anexada del Ciclo vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia aquella persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

Jose Domingo Moreno
80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

Juan David Rodriguez
81. El Empleador, Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CC [ ] RC [ ] TI [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ] PPT [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad [ ] Total [ ]
83. Copia del registro civil de nacimiento o acta de inscripción consular.
84. Copia del registro civil de matrimonio o acta de inscripción consular.
85. Copia de la sentencia judicial o del acta de conciliación.
86. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de la defunción de los padres o la declaración notarial por el estado civil de la menor de los dos padres.
87. Copia de la autorización de traslado por el juez de la tutela en ejercicio de la facultad de adoptar una de las medidas provisionales establecidas en el artículo 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016
88. Declaración de convivencia o una unión marital para reportar dependencia económica.
89. Copia del acto administrativo o providencia judicial expedidas en los procesos de custodia y cuidado personal de menores de edad.
Total Anexos [ ]

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

90. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]
91. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

92. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO | 93. FIRMA DEL | 94. FECHA DE | 95. FECHA DE

20138

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015848136	2|5|1|1|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 ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ 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 ☐		1	

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
SANTAMARIA (Primer apellido)	TELLEZ (Segundo apellido)	ROGELIO (Primer nombre)	(Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación						
CC	5790070	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐	M ☒	T ☐	NB ☐	Otro ☐	Cual	

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	País: COLOMBIA	Departamento: SANTANDER	Municipio: PUERTO PARRA			0|7|1|0|1|9|7|6

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
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS ING	1423500	

26.Residencia			
CL 15 40 01 (Dirección)	Telefono fijo	3017355968 (Telefono celular)	PRAGMAINGENIERIACONSTRUCCIONES@GMAIL.COM (Correo electronico)

META (Departamento)	VILLAVICENCIO (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
	País:	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	País	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 TORRE 33 - VS TORRE 33	VSTORRE33 - VSTORRE33
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)
FRAGMA CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901443621	01

59.Ubicación				
CR 118 BIS 89 A 26 (Dirección)	3017356985 (Teléfono fijo o celular)	YANIRAALARCONDURAN@YAHOO.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/distrito)

2039

No de Radicacion
4015848136

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 país.
- ☐ 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 Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|5|1|1|2|0|2|5	☐	

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 Contributivo,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.☐ Declaración 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 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
- 75.☐ 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, según 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

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
	IPS

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 certificado 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 consista 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. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio ☐	Código del Departamento ☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

20140

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

FECHA DE RADICACIÓN: 20 | 11 | 2025

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] a) Cotizante o Cabeza de Familia [X] b) Beneficiario o Afiliado Adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CORresponsabilidad SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado Adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO:

A. AFILIACIÓN

B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: YEPES | SEGUNDO APELLIDO: MONTES | PRIMER NOMBRE: JORGE | SEGUNDO NOMBRE: LUIS

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 73434329
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANO
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: BOLIVAR | MUNICIPIO: CARMEN DE BOLIVAR
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA: 18 | MES: 11 | AÑO: 1983

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. EDAD: 6
17. CONDICIÓN NOVEDAD:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X]
CAT. DE DISCAPACIDAD: N/A
19. TIENE EDUC. ESTA SISBEN?: SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN:
NIVEL:
GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: SURA - CIA. SURAMERICANA D
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: $ 1.423.500
25. TARIFA COTIZACIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA:
TELÉFONO CELULAR: 3164426026
TELÉFONO FIJO:
DIRECCIÓN: CL 15 # 40 - 01 41 101 # -
COMPLEMENTO DIRECCIÓN:
CORREO ELECTRÓNICO: JORGEYEPES01@HOTMAIL.COM
DEPARTAMENTO: META
MUNICIPIO/ DISTRITO: VILLAVICENCIO
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
UPZ:

D. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR – Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F / M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F / M / T / NB / Otro	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS / DEPART. / MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA / MES / AÑO

Datos complementarios del beneficiario			43. LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL	44. TIENE SISBEN? SI / NO	45. TIPO DE AFILIACIÓN	46. SEXO	47. ¿ES GESTANTE? SI / NO	48. ¿ES CABEZA DE FAMILIA? SI / NO	49. ZONA
35. PARENTESCO	36. ETNIA	37. ESCOLARIDAD			NIVEL / GRUPO				

50. Datos de residencia			ZONA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		

TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VIGENCIA DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD	DIRECCIÓN	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (SUMINISTRADA POR LA EPS)

E. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	TELÉFONO FIJO O CELULAR	58. Tipo de aportante o pagador (Suministrado por la EPS)
PRAGUA CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS	NI - Número Identificación Tributaria	901443621	3057930515	
59. Dirección		DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
CR 118 BIS 69 A 26 INT 12 302 # -		PRAGUAINGENIERIACONSTRUCCIONES@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

F. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA AFILIACIÓN EN LA EPS Código ____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TERCEROS DE UN TRABAJADOR Código ____ [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O REANUDACIÓN DE CONDICIONES PARA SER COTIZANTE [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE CONDICIONES PARA SER COTIZANTE [ ]
11. INGRESO COMO EPS NUEVA AL PAÍS 1. PERÍODO DE CONTINUIDAD [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR APORTES COLECTIVOS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR APORTES COLECTIVOS [ ]
14. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. CAMBIO DE SEDE [ ]
16. CAMBIO DE IPS PRIMARIA [ ]
17. CAMBIO DE MUNICIPIO DE RESIDENCIA [ ]
18. CAMBIO DE ZONA [ ]
19. CAMBIO DE GRUPO POBLACIONAL [ ]
20. CAMBIO DE RÉGIMEN [ ]
21. RETIRO DE COTIZACIÓN SOLIDARIA [ ]

RADICADO 20-11-2025
AFILIACIÓN SUJETA A VERIFICACIÓN

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: YEPES | SEGUNDO APELLIDO: MONTES | PRIMER NOMBRE: JORGE | SEGUNDO NOMBRE: LUIS
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 73434328
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA: 18 | MES: 11 | AÑO: 1983
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA: 20 | MES: 11 | AÑO: 2025
67. ACUERDO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR A LA CUAL ESTÁ APORTANDO

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [X]
70. Declaración de la no afiliación del afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de hijastros menor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no independización 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. [X]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a los entidades oficiales que por ley deba hacerlo. [X]
75. Autorización para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con la prevista en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [X]
76. a). Autorización expresa para que la Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos [X]
b). Autorización para que la EPS no contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los hornos regulares, incluso al estar registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
77. Aceptación de las condiciones para Vinculación a la Contribución Solidaria y su realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y los tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

Jorge Luis Yepes
80. Afiliado, Cabeza de Familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

Juan David Rodriguez
81. El Empleador, Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CC [ ] NIT [ ] RC [ ] TI [ ] CE [ ] PA [ ] SC [ ] PEP [ ] CD [ ] PPT [ ] Cuidador [ ] Total [ ]
83. Copia del documento de independencia económica cuando aplique.
84. Copia del registro civil de nacimiento 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, cesación de efectos civiles de matrimonio religioso, declaración de la unión marital.
86. Copia del contrato de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la orden judicial o del acta de custodia (si aplica).
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o de la madre de los menores de los padres.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (numeral 4 y 5 del artículo 5.1.7 del Decreto 780 de 2016).
90. Comunicación de vinculación a una entidad autorizada para realizar aportes colectivos.
91. Copia del acta de defunción o prueba de la no existencia de los padres en los que conste la calidad de beneficiario reconocida a afiliado de oficio.

Total Anexos [ ]

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ] 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

94. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO | 95. FIRMA DEL

CERTIFICADOS DE ALTURAS ROMVAL

20192

ALTURAS Y CONFINADOS SAS

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Otorga el título de conformidad al señor (a):

ARIEL ENRRIQUE MARTINEZ SALGADO

IDENTIFICACION Nº CC 78.675.490

Perteneciente a la Empresa:	ROMVAL INGENIERIA SAS
con NIT:	900805727 6
Cuyo Representante legal es el señor (a)	EDWIN FERNEY ROMERO VALENCIA
Con Documento de Identidad Nº:	CC 1101754071
Afiliado a la ARL	SURA

Autorizados por el Min. de Trabajo con el radicado No. 08SE2024220000000004349 expedido el 12 de febrero 2024, en cumplimiento de la resolución 4272 de 2021 y la certificado por BVQI Bajo la norma NTC 6072:2014 bajo el certificado No. CO24.00065 del 10 de enero de 2024. ACREDITADO ONAC 09-CPR-008.

Curso y aprobó la acción de Formación:

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272

CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS DE CAPACITACION

Fechas de Formacion (Desde - Hasta):
1/11/2025 1/11/2025

En testimonio de lo anterior, se firma la presente en Bogotá, a los 1 días del mes de NOV de 2025

ANGELICA YURANI ARAQUE SOLANO
Entrenadora trabajo seguro en alturas
LICENCIA EN S.O. No. N 34 DE 13 de Enero de 2021
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

Diana C. Ojeda R.

DIANA CAROLINA OJEDA ROJAS
Representante legal AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
LICENCIA EN S.O. No. 1040 de 17 de Noviembre de 2023
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

Calle 75Bis No 85-42- Tel. 3134838642 – acalturasyconfinadossas@gmail.com-
Nota: La autenticidad de este certificado puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la pagina web: www.acalturasyconfinados.com.co – Menú-Consultar Certificados

20143

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Trabajo

Bogotá D.C., diciembre 10 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que ARIEL ENRRIQUE MARTINEZ SALGADO, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 78675490, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
ENTRENADOR: ANGELICA YURANI ARAQUE SOLANO
SEDE DONDE SE FORMÓ: AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
EMPLEADOR: ROMVAL INGENIERIA SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA
SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 01/11/2025 a 01/11/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día diciembre 10 de 2025

20144

ALTURAS Y CONFINADOS SAS

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Otorga el título de conformidad al señor (a):

JEAN CARLOS COCHERO SUAREZ

IDENTIFICACION N° CC 1.005.675.751

Perteneciente a la Empresa:	ROMVAL INGENIERIA SAS
con NIT:	900805727 6
Cuyo Representante legal es el señor (a)	EDWIN FERNEY ROMERO VALENCIA
Con Documento de Identidad Nº:	CC 1101754071
Afiliado a la ARL	SURA

Autorizados por el Min. de Trabajo con el radicado No. 08SE2024220000000004349 expedido el 12 de febrero 2024, en cumplimiento de la resolución 4272 de 2021 y la certificado por BVQI Bajo la norma NTC 6072:2014 bajo el certificado No. CO24.00065 del 10 de enero de 2024. ACREDITADO ONAC 09-CPR-008.

Curso y aprobó la acción de Formación:

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272

CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS DE CAPACITACION

Fechas de Formacion (Desde - Hasta):
7/11/2025 7/11/2025

En testimonio de lo anterior, se firma la presente en Bogotá, a los 7 días del mes de NOV de 2025

ANGELICA YURANI ARAQUE SOLANO
Entrenadora trabajo seguro en alturas
LICENCIA EN S.O. No. N 34 DE 13 de Enero de 2021
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

Diana C. Ojeda R.

DIANA CAROLINA OJEDA ROJAS
Representante legal AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
LICENCIA EN S.O. No. 1040 de 17 de Noviembre de 2023
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

Calle 75Bis No 85-42- Tel. 3134838642 – acalturasyconfinadossas@gmail.com-
Nota: La autenticidad de este certificado puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la pagina web:
www.acalturasyconfinados.com.co –
Menú-Consultar Certificados

AC-11276 7/11/2025
CODIGO Y FECHA

FOE-FT-03 Versión: 02
Fecha: 26/10/2024

2048

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Trabajo

Bogotá D.C., diciembre 18 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JEAN CARLOS COCHERO SUAREZ, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1005675751, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
ENTRENADOR: ANGELICA YURANI ARAQUE SOLANO
SEDE DONDE SE FORMÓ: AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
EMPLEADOR: ROMVAL INGENIERIA SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 07/11/2025 a 07/11/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día diciembre 18 de 2025

20146

ALTURAS Y CONFINADOS SAS

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Otorga el título de conformidad al señor (a):

FRAIS LUIS BANDA DORIA

IDENTIFICACION Nº CC 1.063.142.661

Perteneciente a la Empresa:	ROMVAL INGENIERIA SAS
con NIT:	900805727 6
Cuyo Representante legal es el señor (a)	EDWIN FERNEY ROMERO VALENCIA
Con Documento de Identidad Nº:	CC 1101754071
Afiliado a la ARL	SURA

Autorizados por el Min. de Trabajo con el radicado No. 08SE2024220000000004349 expedido el 12 de febrero 2024, en cumplimiento de la resolución 4272 de 2021 y la certificado por BVQI Bajo la norma NTC 6072:2014 bajo el certificado No. CO24.00065 del 10 de enero de 2024. ACREDITADO ONAC 09-CPR-008.

Curso y aprobó la acción de Formación:

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272

CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS DE CAPACITACION

Fechas de Formacion (Desde - Hasta):
1/11/2025 1/11/2025

En testimonio de lo anterior, se firma la presente en Bogotá, a los 1 días del mes de NOV de 2025

ANGELICA YURANI ARAQUE SOLANO
Entrenadora trabajo seguro en alturas
LICENCIA EN S.O. No. N 34 DE 13 de Enero de 2021
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

Diana C. Ojeda R.

DIANA CAROLINA OJEDA ROJAS
Representante legal AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
LICENCIA EN S.O. No. 1040 de 17 de Noviembre de 2023
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

Calle 75Bis No 85-42- Tel. 3134838642 – acalturasyconfinadossas@gmail.com-
Nota: La autenticidad de este certificado puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la pagina web: www.acalturasyconfinados.com.co – Menú-Consultar Certificados

2049

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Trabajo

Bogotá D.C., diciembre 18 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que FRAIS LUIS BANDA DORIA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1063142661, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
ENTRENADOR: ANGELICA YURANI ARAQUE SOLANO
SEDE DONDE SE FORMÓ: AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
EMPLEADOR: ROMVAL INGENIERIA SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 01/11/2025 a 01/11/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día diciembre 18 de 2025

20148

ALTURAS Y CONFINADOS SAS

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Otorga el título de conformidad al señor (a):

FERNANDO BARRIO CHAVERRA

IDENTIFICACION Nº CC 1.003.931.983

Perteneciente a la Empresa:	ROMVAL INGENIERIA SAS
con NIT:	900805727 6
Cuyo Representante legal es el señor (a)	EDWIN FERNEY ROMERO VALENCIA
Con Documento de Identidad Nº:	CC 1101754071
Afiliado a la ARL	SURA

Autorizados por el Min. de Trabajo con el radicado No. 08SE2024220000000004349 expedido el 12 de febrero 2024, en cumplimiento de la resolución 4272 de 2021 y la certificado por BVQI Bajo la norma NTC 6072:2014 bajo el certificado No. CO24.00065 del 10 de enero de 2024. ACREDITADO ONAC 09-CPR-008.

Curso y aprobó la acción de Formación:

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272

CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS DE CAPACITACION

Fechas de Formacion (Desde - Hasta):
1/11/2025 1/11/2025

En testimonio de lo anterior, se firma la presente en Bogotá, a los 1 días del mes de NOV de 2025

ANGELICA YURANI ARAQUE SOLANO
Entrenadora trabajo seguro en alturas
LICENCIA EN S.O. No. N 34 DE 13 de Enero de 2021
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

Diana C. Ojeda R.

DIANA CAROLINA OJEDA ROJAS
Representante legal AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
LICENCIA EN S.O. No. 1040 de 17 de Noviembre de 2023
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

Calle 75Bis No 85-42- Tel. 3134838642 – acalturasyconfinadossas@gmail.com-
Nota: La autenticidad de este certificado puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la pagina web:
www.acalturasyconfinados.com.co –
Menú-Consultar Certificados

AC-11104 1/11/2025
CODIGO Y FECHA

FOE-FT-03 Versión: 02
Fecha: 26/10/2024

2049

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Trabajo

Bogotá D.C., diciembre 18 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que FERNANDO BARRIO CHAVERRA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1003931983, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
ENTRENADOR: ANGELICA YURANI ARAQUE SOLANO
SEDE DONDE SE FORMÓ: AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
EMPLEADOR: ROMVAL INGENIERIA SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 01/11/2025 a 01/11/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día diciembre 18 de 2025

20150

ALTURAS Y CONFINADOS SAS

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Otorga el título de conformidad al señor (a):

MAMERTO CORDOBA RENTERIA

IDENTIFICACION Nº CC 71.942.984

Perteneciente a la Empresa:	ROMVAL INGENIERIA SAS
con NIT:	900805727 6
Cuyo Representante legal es el señor (a)	EDWIN FERNEY ROMERO VALENCIA
Con Documento de Identidad Nº:	CC 1101754071
Afiliado a la ARL	SURA

Autorizados por el Min. de Trabajo con el radicado No. 08SE2024220000000004349 expedido el 12 de febrero 2024, en cumplimiento de la resolución 4272 de 2021 y la certificado por BVQI Bajo la norma NTC 6072:2014 bajo el certificado No. CO24.00065 del 10 de enero de 2024. ACREDITADO ONAC 09-CPR-008.

Curso y aprobó la acción de Formación:

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272

CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS DE CAPACITACION

Fechas de Formacion (Desde - Hasta):
1/11/2025 1/11/2025

En testimonio de lo anterior, se firma la presente en Bogotá, a los 1 días del mes de NOV de 2025

ANGELICA YURANI ARAQUE SOLANO
Entrenadora trabajo seguro en alturas
LICENCIA EN S.O. No. N 34 DE 13 de Enero de 2021
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

Diana C. Ojeda R.

DIANA CAROLINA OJEDA ROJAS
Representante legal AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
LICENCIA EN S.O. No. 1040 de 17 de Noviembre de 2023
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

Calle 75Bis No 85-42- Tel. 3134838642 – acalturasyconfinadossas@gmail.com-
Nota: La autenticidad de este certificado puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la pagina web: www.acalturasyconfinados.com.co – Menú-Consultar Certificados

20151

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Trabajo

Bogotá D.C., diciembre 10 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que MAMERTO CORDOBA RENTERIA , identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 71942984, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
ENTRENADOR: ANGELICA YURANI ARAQUE SOLANO
SEDE DONDE SE FORMÓ: AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
EMPLEADOR: ROMVAL INGENIERIA SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 01/11/2025 a 01/11/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día diciembre 10 de 2025

2052

ALTURAS Y CONFINADOS SAS

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Otorga el título de conformidad al señor (a):

AGUSTIN LANDAZURI CUERO

IDENTIFICACION Nº CC 12.831.049

Perteneciente a la Empresa:	ROMVAL INGENIERIA SAS
con NIT:	900805727 6
Cuyo Representante legal es el señor (a)	EDWIN FERNEY ROMERO VALENCIA
Con Documento de Identidad Nº:	CC 1101754071
Afiliado a la ARL	SURA

Autorizados por el Min. de Trabajo con el radicado No. 08SE2024220000000004349 expedido el 12 de febrero 2024, en cumplimiento de la resolución 4272 de 2021 y la certificado por BVQI Bajo la norma NTC 6072:2014 bajo el certificado No. CO24.00065 del 10 de enero de 2024. ACREDITADO ONAC 09-CPR-008.

Curso y aprobó la acción de Formación:

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272

CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS DE CAPACITACÍON

Fechas de Formacion (Desde - Hasta):
1/11/2025 1/11/2025

En testimonio de lo anterior, se firma la presente en Bogotá, a los 1 días del mes de NOV de 2025

ANGELICA YURANI ARAQUE SOLANO
Entrenadora trabajo seguro en alturas
LICENCIA EN S.O. No. N 34 DE 13 de Enero de 2021
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

Diana C. Ojeda R.

DIANA CAROLINA OJEDA ROJAS
Representante legal AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
LICENCIA EN S.O. No. 1040 de 17 de Noviembre de 2023
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

Calle 75Bis No 85-42- Tel. 3134838642 – acalturasyconfinadossas@gmail.com-
Nota: La autenticidad de este certificado puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la pagina web: www.acalturasyconfinados.com.co – Menú-Consultar Certificados

20153

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Trabajo

Bogotá D.C., diciembre 18 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que AGUSTIN LANDAZURI CUERO, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 12831049, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
ENTRENADOR: ANGELICA YURANI ARAQUE SOLANO
SEDE DONDE SE FORMÓ: AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
EMPLEADOR: ROMVAL INGENIERIA SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 01/11/2025 a 01/11/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día diciembre 18 de 2025

20154

ALTURAS Y CONFINADOS SAS

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Otorga el título de conformidad al señor (a):

JESUS ALBERTO BAQUERO CASTRO

IDENTIFICACION Nº CC 78.079.566

Perteneciente a la Empresa:	ROMVAL INGENIERIA SAS
con NIT:	900805727 6
Cuyo Representante legal es el señor (a)	EDWIN FERNEY ROMERO VALENCIA
Con Documento de Identidad Nº:	CC 1101754071
Afiliado a la ARL	SURA

Autorizados por el Min. de Trabajo con el radicado No. 08SE2024220000000004349 expedido el 12 de febrero 2024, en cumplimiento de la resolución 4272 de 2021 y la certificado por BVQI Bajo la norma NTC 6072:2014 bajo el certificado No. CO24.00065 del 10 de enero de 2024. ACREDITADO ONAC 09-CPR-008.

Curso y aprobó la acción de Formación:

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272

CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS DE CAPACITACION

Fechas de Formacion (Desde - Hasta):
11/11/2025 11/11/2025

En testimonio de lo anterior, se firma la presente en Bogotá, a los 11 días del mes de NOV de 2025

ANGELICA YURANI ARAQUE SOLANO
Entrenadora trabajo seguro en alturas
LICENCIA EN S.O. No. N 34 DE 13 de Enero de 2021
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

Diana C. Ojeda R.

DIANA CAROLINA OJEDA ROJAS
Representante legal AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
LICENCIA EN S.O. No. 1040 de 17 de Noviembre de 2023
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

Calle 75Bis No 85-42- Tel. 3134838642 – acalturasyconfinadossas@gmail.com-
Nota: La autenticidad de este certificado puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la pagina web: www.acalturasyconfinados.com.co – Menú-Consultar Certificados

AC-11415 11/11/2025
CODIGO Y FECHA

FOE-FT-03 Versión: 02
Fecha: 26/10/2024

20155

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Trabajo

Bogotá D.C., diciembre 18 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JESUS ALBERTO BAQUERO CASTRO, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 78079566, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
ENTRENADOR: ANGELICA YURANI ARAQUE SOLANO
SEDE DONDE SE FORMÓ: AC ALTURAS Y CONFINADOS SAS
EMPLEADOR: ROMVAL INGENIERIA SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 11/11/2025 a 11/11/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día diciembre 18 de 2025