ORGANIZACIÓN ANAINJAT WAKUAIPA
NIT. 901.033.403-5

INFORME DE ACTIVIDADES

Res. Rizzia Las Delicias Km 3 vía Riohacha – Santa Marta
Cel. 3205821345 - 3006861808
Riohacha, La Guajira

ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA
NIT. 901.033.403-5

	MES REPORTADO: FEBRERO (13 al 28)
CONTRATO No. 211 - 2026	**BENEFICIARIO:** INSTITUCION ETNOEDUCATIVA No. 2
CONTRATISTA: ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA NIT. 901.033.403-5	

OBJETO CONTRATO: *PRESTACIÓN DEL SERVICIO PARA ADMINISTRAR LA CANASTA EDUCATIVA DE LA POBLACIÓN ETNICA LA INSTITUCIÓN ETNOEDUCATIVA N° 2, UBICADO EN EL MUNICIPIO DE RIOHACHA, PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA EDUCACIÓN PROPIA EN EL MARCO DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA EDUCATIVO INDÍGENA PROPIO (SEIP) DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN EL DECRETO 2500 DE 2010 Y EN EL DECRETO 1075 DE 2015, EN LA VIGENCIA 2026 EN EL MARCO DEL PROYECTO BPIN 202600000007046.*

OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:

1. **Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones contractuales.**

Descripción del avance: La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA está comprometida en asumir con total responsabilidad, las actividades del contrato, para este informe correspondiente a los días del mes de febrero (13 al 28 de febrero), se realizó la proyección de las actividades contempladas en el contrato, como es la contratación del personal y su afiliación al sistema general de seguridad social(Salud, pensión, Riesgos laborales), que laborará en la institución Etnoeducativa No. 2. Así mismos la contratación del suministro de agua a las distintas sedes de la institución, la contratación del suministro de material educativo para los estudiantes y del proceso de fortalecimiento del modelo pedagógico.

2. **Cumplir a cabalidad con las condiciones pactadas en el contrato, las cuales sola mente podrá ser modificadas previo cumplimiento del trámite dispuesto por la alcaldía distrital, según el procedimiento establecido y una vez se lleguen los documentos pertinentes.**

Descripción del avance: La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA se compromete cumplir a cabalidad con las condiciones pactadas en el presente contrato.

3. **Elaborar los correspondientes informes parciales y finales en los cuales se evidencie la correcta ejecución de las obligaciones contractuales con sus respectivos soportes.**

Res. Rizzia Las Delicias Km 3 vía Riohacha – Santa Marta
Cel. 3016091204
Riohacha, La Guajira

ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA
NIT. 901.033.403-5

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	IDENTIFICACION	CARGO
1	CRISTIAN CAMILO RODRIGUEZ CHOLES	1118865950	SIMAT
2	CARMEN REDONDO PUSHAINA	1.119.698.388	SECRETARIA
3	MILENA ZAYNE REDONDO EPINAYU	40.932.176	BIBLIOTECARIA
4	NATALIA CRISTINA CASTILLO REDONDO	1.119.698.388	AUX ADMINISTRATIVO
5	VICTOR ARMANDO PULIDO REDONDO	1.118.870.212	AUX ADMINISTRATIVO
6	MARIA CAMILA APSHANA IPUANA	1.124.369.577	AUX ADMINISTRATIVO
7	MARIA DEL CARMEN SANCHEZ IPUANA	1.192.813.883	AUX ADMINISTRATIVO
8	YUSELIS IPUANA PUSHAINA	1.118.809.731	SER. GENERAL
9	MIREYA PAOLA PUSHAINA JUSAYU	1.006.639.356	SER. GENERAL
10	MAURA MARIA PUSHAINA PUSHAINA	1.149.446.930	SER. GENERAL
11	JOSE VENTURA GUTIERREZ REDONDO	84.080.394	SER. GENERAL
12	DAVID ELIAS CASTILLO DEVOZ	1.006.639.702	SER. GENERAL
13	ADOLFO JOEL GUARIYU LOPEZ	1.124.376.040	SERVICIOS VARIOS
14	EDUAR DAVID BENJUMEA BENJUMEA	1.119.697.685	SERVICIOS VARIOS
15	YONIER DE JESUS BARRETO QUINTERO	1.118.807.943	SERVICIOS VARIOS
16	MAYERLI PUSHAINA PUSHAINA	1.006.638.932	SERVICIOS VARIOS

DOCENTES

1	AGRIPINA GONZALEZ GAMEZ	27.024.789	COORDINADORA
2	YANIRIS DE LUQUE URIANA	1.006.577.339	DOCENTE NORMALISTA
3	YERSON DE JESUS LUBO EPIEYU	1.118.827.758	DOCENTE NORMALISTA
4	DAYANA PAOLA AVILA PALMEZANO	1.006.617.653	DOCENTE BACHILLERATO
5	ANA KARINA HERRERA CUADRADO	1.118.804.603	DOCENTE BACHILLERATO
6	LUISA DE LA BARRERIRA MARTINEZ	1.118.860.924	DOCENTE BACHILLERATO
7	ROSA MARIA SOCARRAS DE LA VEGA	1.032.386.021	DOCENTE BACHILLERATO

Res. Rizzia Las Delicias Km 3 vía Riohacha – Santa Marta
Cel. 3016091204
Riohacha, La Guajira

Descripción del avance: Se entrega el primer informe donde se estipula la proyección de los pagos, pago de nómina y de la seguridad social (Salud, Pensión, Riesgo laboral) de los meses de febrero, marzo, abril, mayo y junio, pago de seguro estudiantil abono del pago del material educativo, pago de suministro de agua por este mismo periodo, así como el pago de la primera capacitación respecto al fortalecimiento del modelo pedagógico, entre otras. este informe es presentado en físico, en medio magnético y radicado en el sistema de atención al ciudadano (SAC).

4. **Realizar los pagos al SISS (Salud, Pensión, y Riesgos laborales) de acuerdo con la normatividad vigente aportando los soportes de pago correspondiente.**

Descripción del avance: El personal administrativo contratado para la institución Etnoeducativa N°2 ya se encuentran afiliados al sistema de salud, pensión y riesgos laborales, por tanto, se hace la proyección del pago correspondiente de los meses de febrero, marzo, abril, mayo y junio, es por ello que se presenta los respectivos soportes.

5. **En el evento de tener personal vinculado por el contrato laboral, el contratista deberá estar al día en pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensiones riesgos laborales y aportes parafiscales (caja de compensaciones familiar, ICBF y SENA) durante la vigencia del contrato. En el evento de tener personal de prestación de servicio, verificar se encuentren cotizando al régimen de salud y pensiones como lo establece la ley 797 de 2003. Cuando se dé otra modalidad de vinculación fundamentada en el derecho propio para el desarrollo del contrato, es decir de acuerdo a sus usos y costumbres, igualmente deberá asumir el pago de la seguridad social en cualquier de los eventos mencionados anteriormente, el contratista para cada pago deberá realizar el reporte mensual de la situación presentada al supervisor del contrato a efectos de realizar el trámite de las cuentas situación presentada al supervisor del contrato a efectos de realizar el trámite de las cuentas y dar por cumplida la presente obligación, adjuntando los soportes de pago correspondiente.**

Descripción del avance: La Organización Indígena wayuu Anainjat Wakuaipa al momento de la vinculación del personal se mantuvo a paz y salvo con todos los pagos correspondientes tales como: el sistema general de seguridad social en salud, pensión y riesgo laboral, se muestra evidencia a través de los soportes de pago de aportes a la seguridad social tal como lo estipula la ley 797 del 2003, donde es obligatorio que el empleador este registrado en el sistema de registro único.

6. **Obrar con lealtad y buena fe cada una de las etapas contractuales, evitando dilaciones y en trabamientos en su ejecución.**

Descripción del avance: En la ejecución del contrato se obra bajo el principio de la buena fe, con lealtad y fidelidad a lo establecido en el mismo, evitando en lo posible la demora o atraso en los procesos administrativos. Atendiendo de manera oportuna los requerimientos o falencias cuando son detectadas para que así haya una buena ejecución.

7. **Constituir las garantías exigidas en el contrato y mantener actualizadas las vigencias y el monto de los amparos, acorde con lo contemplado en la cláusula de garantías, teniendo cuenta el plazo de ejecución, el valor, las modificaciones y en valor y/o plazo, las suspensiones, etc., que afecten su vigencia o su monto.**

Descripción del avance: La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA para la ejecución del contrato 211 de 2026 suscrito con la alcaldía del Distrito de Riohacha, adquirió las pólizas; de Cumplimiento No. NB-100433678 y Responsabilidad Civil Extracontractual No. NB-100114744_0 Expedidas por la empresa Seguros MUNDIAL por valores determinados a favor de la alcaldía distrital con los amparos exigidos en el contrato.

8. **Participar activamente en los comités técnicos de seguimiento que convoque la alcaldía distrital en el desarrollo de la ejecución del contrato**

Descripción del avance: La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA en cabeza de su representante está dispuesta a participar en todas las actividades y comité técnicos que realice la alcaldía distrital, para mejorar los procesos administrativos necesarios para la ejecución correcta del contrato y contribuir a la educación en los territorios étnicos.

9. **Presentar la respectiva factura electrónica, acompañada de los documentos soporte que permitan establecer el cumplimiento de las condiciones pactadas, requisitos sin los cuales no se podrán tramitar los respectivos pagos. Adjuntara con la factura electrónica certificaciones expedidas por los rectores y /o directores rurales del cumplimiento efectivo de las obligaciones pactadas. Es obligación del contratista conocer y presupuestar todos los gravámenes de los cuales es responsable al momento de presentar su oferta y celebrar el contrato, por lo tanto, asumirá todos la responsabilidad y los costos, multas y/o sanciones que se generen por la inexactitud de la información fiscales, se entenderá que el valor de la propuesta presentada por el**

contratista incluye IVA. Cuando el bien y / o servicio no este excluido de tal gravamen por la ley, así como también incluye todos los impuestos, tasas, estampillas, y contribuciones departamentales, distritales o municipales aplicables.

Descripción del avance: La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA en este primer informe correspondiente al mes de febrero que proyecta las actividades de los meses de marzo, abril, mayo y junio se presenta una factura No. **AW17** por un valor equivalente al 20% del valor total del contrato ($1.470.148.760) el cual corresponde al primer pago del contrato de ***"PRESTACION DEL SERVICIO No. 211 DE 2026,*** **PRESTACIÓN DEL SERVICIO PARA ADMINISTRAR LA CANASTA EDUCATIVA DE LA POBLACIÓN ETNICA LA INSTITUCIÓN ETNOEDUCATIVA N° 2, UBICADO EN EL MUNICIPIO DE RIOHACHA, PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA EDUCACIÓN PROPIA EN EL MARCO DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA EDUCATIVO INDÍGENA PROPIO (SEIP) DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN EL DECRETO 2500 DE 2010 Y EN EL DECRETO 1075 DE 2015, EN LA VIGENCIA 2026 EN EL MARCO DEL PROYECTO BPIN 202600000007046."**
Para lo cual se presentan documentos contractuales, listado de personal contratado, listado de niños atendidos proyección de los pagos correspondientes, entre otros.

10. **Entregar al finalizar el contrato al supervisor, los documentos y correos que en desarrollo del contrato se hayan producido, igualmente todos los archivos que se hayan generado en cumplimiento de sus obligaciones para soportar los informes parciales y el informe final del contrato.**

Descripción del avance: En este primer informe se estipula la entrega de los documentos contractuales, la proyección de los pagos de las afiliaciones del mes de febrero, marzo, abril, mayo y junio. La lista de estudiantes certificados por la institución Etnoeducativa, proyección de la entrega de agua del mes correspondiente a marzo, abril y mayo del 2026, también se proyecta el pago de la primera capacitación , mensualmente se recopilara la información correspondiente a todas las actividades a desarrollar con sus respectivas evidencias.

11. **Solicitar autorización escrita de la alcaldía distrital para utilizar el nombre, emblema o sello oficial con fines publicitarios**

Descripción del avance: En el momento que sea necesario se solicitará por escrito a la alcaldía distrital la autorización para utilizar su emblema o sello oficial en alguna actividad cuando sea necesario.

12. **Cumplir con las normas, reglamentarias e instrucciones del sistema de seguridad y salud en el trabajo, de acuerdo con la normatividad vigente.**

Descripción del avance: La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA

cumplirá a cabalidad con las normas pactadas requeridas para el sistema de seguridad y salud del empleado, así mismo todos los empleados se encuentran afiliados a ARL, en este informe anexan proyección de los pagos de las mismas.

13. **Tramitar las cuentas de cobro dentro de los diez (10) días calendario contado a partir del último día del mes vencido, so pena de la imposición de multa correspondiente. La cuenta de cobro deberá presentarse de conformidad con lo exigido por el manual de cuentas en forma ordenada respetando la secuencia en que fueron creados, es decir, el documento más antiguo es el primero de la carpeta y el más reciente es el último documento de la carpeta; las carpetas en las cuales deberán presentarse las cuenta, serán desacificadas cuatro aletas y deben contener hasta 200 folios. El tamaño de papel a usar, es oficio deben estar debidamente foliadas en lápiz de mina negra Nº2 y perforadas y aseguradas con gancho plástico. Si se requiere otra carpeta debe indicarse en el rotulo así: 1 de 3; 2 de 3;3 de 3 y sucesivamente las carpetas que se requieran.**

Descripción del avance: La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA cumplirá con el trámite de sus cuentas dentro del tiempo establecido, a través de la radicación en físico y virtual. Los documentos se entregarán de forma ordenada según el manual de cuentas del distrito y se foliarán hasta 200 páginas en cada carpeta.

14. **Reportar oportunamente las novedades que se representa en la ejecución del contrato, con el fin de tomar los correctivos necesarios.**

Descripción del avance: La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA reportará oportunamente las novedades que se presente en la ejecución, con el fin de salvaguardar los recursos asignados para dicha ejecución y en cumplimiento de las condiciones establecidas en contrato. Para este mes no se presentan novedades.

15. **Respetar y salvaguardar los derechos fundamentales de los niños, y niñas y adolescentes consagrados en el artículo 44 de la constitución política, en la convención internacional de los niños, en la ley 1098 del 2006 y demás normas pertinentes.**

Descripción del avance: La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA respeta el derecho de los niños y niñas, entre los cuales está el derecho a la educación, tal como lo estipula el artículo 44 de la constitución, donde son derechos fundamentales la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social. La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT

WAKUAIPA da prioridad a la educación de los niños y niñas, por tanto, presta sus servicios para promover actividades y asesorías para mejorar el proceso pedagógico y de esta manera fortalecer competencias y conocimientos.

16. Efectuar el cargue en el Secop II de los documentos e informe que se requieran.

Descripción de avance: La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA efectúa el informe y el cargue correctamente el de los documentos en la medida que sean requeridos, para así agilizar los procesos estipulados en el contrato 211 de 2026.

17. Crear mecanismos de PQRS, apoyando dentro de los términos, los requerimientos de las entidades de control y de la alcaldía distrital.

Descripción del avance: El sistema de peticiones, quejas reclamos y sugerencia, implementado por la ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA, es una herramienta que va a permitir conocer las inquietudes y expectativas de los miembros de la comunidad educativa, igualmente servirá como una forma de monitoreo sobre los procesos administrativos, estas PQRS se reciben a través de un buzón de sugerencia, correo electrónico: ananajtwua@gmail.com y se recibirán llamadas vía telefónica al No: 3168184201.

18. Asistir a las convocatorias que efectué la alcaldía distrital, durante la ejecución del contrato

Descripción del avance: La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA está dispuesta a asistir y participar en todas las convocatorias que efectúe la alcaldía distrital durante la ejecución del contrato 211 de 2025, así como a cada una de sus capacitaciones para poder brindar un mejor servicio. Hasta el momento La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA ha cumplido a cabalidad con los llamados y requerimientos de la entidad contratante.

AOBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA

1. **Prestación del servicio para administrar la canasta parcial de la población étnica de la Institución Etnoeducativa N°2**

Descripción del avance: Después de la firma del acta de inicio del contrato 211 de 2026, la ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA se comprometió formalmente a cumplir de manera oportuna con el objeto del contrato y demás responsabilidades propias en que se incurre en el desarrollo del mismo, en este sentido se relacionaran en los informes reportes de todas las actividades a realizar.

16	MAYERLI PUSHAINA PUSHAINA	1.006.638.932	SERVICIOS VARIOS	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
17	AGRIPINA GONZALEZ GAMEZ	27.024.789	COORDINADORA	$ 2.965.660	LAS DELICIAS
18	YANIRIS DE LUQUE URIANA	1.006.577.339	DOCENTE NORMALISTA	$ 2.183.954	LAS DELICIAS
19	YERSON DE JESUS LUBO EPIEYU	1.118.827.758	DOCENTE NORMALISTA	$ 2.183.954	LAS DELICIAS
20	DAYANA PAOLA AVILA PALMEZANO	1.006.617.653	DOCENTE BACHILLERATO	$ 2.627.936	LAS DELICIAS
21	ANA KARINA HERRERA CUADRADO	1.118.804.603	DOCENTE BACHILLERATO	$ 2.627.936	LAS DELICIAS
22	LUISA DE LA BARRERIRA MARTINEZ	1.118.860.924	DOCENTE BACHILLERATO	$ 2.627.936	LAS DELICIAS
23	ROSA MARIA SOCARRAS DE LA VEGA	1.032.386.021	DOCENTE BACHILLERATO	$ 2.627.936	LAS DELICIAS

7. Entregar a los niños, niñas matriculadas en los diferentes establecimientos educativos el material pedagógico, de acuerdo con lo contratado

Descripción del avance: Con el objetivo de aportar herramientas a los estudiantes para que tengan mayor aprovechamiento del año escolar y, con el fin de mejorar sus condiciones de estudio e incentivar su compromiso hacia la educación, La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA realizara la entrega de material educativo a los estudiantes beneficiarios de primaria y básica secundaria, para la cual se firmó un contrato con el señor GENARO EPINAYU, quien es el Representante Legal de la LA ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ATUJIA WAKUAIPA con el NIT: 901205484-0, el cual suministrara tales materiales para 1135 estudiantes. Por eso para este informe se anexa el contrato Y la proyección del abono.

8 Ejecutar a cabalidad todas las condiciones establecidas en el contrato de acuerdo con la canasta educativa acordada, a sus componentes y las propuestas presentadas

Descripción del avance: La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA cumplirá con todo lo establecido y las condiciones del contrato 211 de 2026, procurará prestar un servicio de calidad en el proceso de administración de la canasta parcial de la Institución Etnoeducativa No. 2. Por el momento se están realizando los cronogramas de las reuniones de coordinación con las directivas de la institución con miras a que el personal contratado cumpla con las expectativas de la comunidad educativa. Durante el mes de marzo, abril se hicieron las acciones necesarias para el cumplimiento de las obligaciones contractuales como la gestión para el desarrollo de los talleres y capacitación a los docentes, suministro de agua a las diferentes sedes educativas, la dotación del personal contratado, entre otros aspectos.

9. Establecer y ejecutar los mecanismos que permitan garantizar la permanencia de los estudiantes, durante el calendario académico señalado para este contrato.

5	ANA KARINA HERRERA CUADRADO	1.118.804.603	DOCENTE BACHILLERATO	$.2.099.956	LAS DELICIAS
6	LUISA DE LA BARRERIRA MARTINEZ	1.118.860.924	DOCENTE BACHILLERATO	$ 2.526.862	LAS DELICIAS
7	ROSA MARIA SOCARRAS DE LA VEGA	1.032.386.021	DOCENTE BACHILLERATO	$.2.099.956	LAS DELICIAS

6. Asignar las funciones a los docentes, sabedores, administrativos y demás personal contratado para tal fin y especificarlas en los contratos a celebrar.

Descripción del avance: De manera pertinente La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA contrató al personal requerido en la institución, de acuerdo a las necesidades establecidas. De esta forma se realizó la contratación de personal bajo un contrato laboral inferior a un año, devengado sus prestaciones sociales, indicando el salario al cual tienen derecho, así como la definición de las obligaciones contractuales según los requerimientos de la institución.

	NOMBRE Y APELLIDO	IDENTIFICACION	CARGO	SALARIOS	SEDES
1	CRISTIAN RODRIGUEZ CHOLES	1118865950	SIMAT	$ 2.195.519	LAS DELICIAS
2	CARMEN REDONDO PUSHAINA	1.119.698.388	SECRETARIA	$ 1.826.176	LAS DELICIAS
3	MILENA REDONDO EPINAYU	40.932.176	BIBLIOTECARIA	$ 1.826.176	LAS DELICIAS
4	NATALIA CASTILLO REDONDO	1.119.698.388	AUX ADMINISTRATIVO	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
5	VICTOR PULIDO REDONDO	1.118.870.212	AUX ADMINISTRATIVO	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
6	MARIA APSHANA IPUANA	1.124.369.577	AUX ADMINISTRATIVO	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
7	MARIA SANCHEZ IPUANA	1.192.813.883	AUX ADMINISTRATIVO	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
8	YUSELIS PUSHAINA	1.118.809.731	SER. GENERAL	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
9	MIREYA PUSHAINA JUSAYU	1.006.639.356	SER. GENERAL	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
10	MAURA PUSHAINA PUSHAINA	1.149.446.930	SER. GENERAL	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
11	JOSE GUTIERREZ REDONDO	84.080.394	SER. GENERAL	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
12	DAVID CASTILLO DEVOZ	1.006.639.702	SER. GENERAL	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
13	ADOLFO GUARIYU LOPEZ	1.124.376.040	SERVICIOS VARIOS	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
14	EDUAR BENJUMEA BENJUMEA	1.119.697.685	SERVICIOS VARIOS	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
15	YONIER BARRETO QUINTERO	1.118.807.943	SERVICIOS VARIOS	$ 1.750.905	LAS DELICIAS

2. Garantizar permanentemente la adecuada y continua prestación del servicio educativo en el marco de la ejecución del contrato y administración de la canasta.

Descripción del avance: La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA, desde el inicio de la administración educativa mantiene una importante comunicación con la rectora de la Institución Etnoeducativa No. 2, con el ánimo de coordinar que todo el personal contratado para laborar en su establecimiento realice las funciones para la cual fueron vinculados, comenzando por el respeto al horario de trabajo y contribuir en los procesos administrativos, operativos y académicos propios de la institución, además de cumplir con el reglamento interno de la institución, así como con el manual de convivencia escolar. Para así llevar un buen desempeño en todo el ámbito laboral

3. Reportar a secretaría de educación distrital de Riohacha los retiros de los alumnos atendidos y/o beneficiarios, indicando el motivo de los mismos

Descripción del avance: La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA viene trabajando de la mano con la institución etnoeducativa No 2, para el mes de marzo se reportó 19 retiros y 160 matriculados, y 1148 atendidos en abril se reportaron 9 retirados, 35 matriculados y 1152 atendidos por lo que vemos la institución tiene una cobertura superior a la del contrato 051 de 2025. Que solo son 1135

4. Caracterizar a través de los técnicos SIMAT la población de acuerdo con los requerimientos del MEN, entre otros NEE y atendidos con docentes contratados.

Descripción del avance: Hasta el día de la elaboración de este informe no se han reportado ala La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA casos de estudiantes con necesidades educativas especiales o que presenten algún tipo de discapacidad.

5. Vincular al personal docente, a través contrato, previendo la aprobación del estudio técnico de necesidades docentes a contratar.

Descripción del avance: *los docentes están vinculados a los estudios previos de las necesidades y anexamos los contratos.*

No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO	SALARIO MENSUAL	SEDE
1	AGRIPINA GONZALEZ GAMEZ	27.024.789	COORDINADORA	$ 2.965.660	LAS DELICIAS
2	YANIRIS DE LUQUE URIANA	1.006.577.339	DOCENTE NORMALISTA	$ 2.526.862	LAS DELICIAS
3	YERSON DE JESUS LUBO EPIEYU	1.118.827.758	DOCENTE NORMALISTA	$.2.099.956	LAS DELICIAS
4	DAYANA PAOLA AVILA PALMEZANO	1.006.617.653	DOCENTE BACHILLERATO	$.2.099.956	LAS DELICIAS

Descripción del avance: La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA es consciente de la necesidad de la permanencia de los estudiantes en el sistema escolar, dada su importancia en la formación humana e intelectual, motivo por el cual coordina y apoya las actividades encaminadas a evitar la ausencia y deserción de los estudiantes, para lo cual se hacen actividades como el seguimiento de la cobertura a través del personal que administra el SIMAT, también se les hace entrega de material pedagógico. Igualmente, La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA hace presencia en actividades didácticas y juegos que ayuden a elevar la autoestima y a construir su proyecto de vida, considerando que los niños y niñas que cumplen esos parámetros tienen ganas de seguir estudiando y cumplir sus metas educativas.

10. Garantizar dentro del ítem para el fortalecimiento del modelo pedagógico al menos un taller de formación relacionados con la gestión del establecimiento educativo y sus competencias para las autoridades tradicionales relacionadas con el establecimiento educativo.

La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA tendrá en cuenta en el ítem de fortalecimiento pedagógico un encuentro de sabedores culturales y autoridades tradicionales, además de una mesa de trabajo para la Resignificación del proyecto educativo comunitario – PEC de la institución etnoeducativa N° 2, donde se tratarán temas como la el rol de estos actores en el proceso educativo y la forma como se puede articular actividades institucionales con la comunidad.

11. Realizar las capacitaciones de acuerdo con lo convenido con las autoridades tradicionales y los rectores y directores de las instituciones y CEIR, debidamente coordinadas por el área de calidad educativa de la secretaria de educación correspondiente.

Descripción del avance: Desde la Secretaría de Educación Distrital se trazó un Plan de capacitación para la institución etnoeducativa No. 2, se centra principalmente en el marco del desarrollo de la política de calidad de la educación orientada por el MEN, la cual, ha ido implementando acciones en conformidad con Estándares y competencias, Evaluación y acciones. Los temas a desarrollar van hacer dirigidos a rectores, coordinadores y a los docentes principalmente, sin embargo, también tiene prevista la participación de representantes de la comunidad como los sabedores y autoridades tradicionales. Para ello se harán reuniones y talleres, con el acompañamiento de la Secretaría de Educación Distrital. El objetivo del fortalecimiento pedagógico es la formación permanente de directivos y docentes que le permita alcanzar en la mayor dimensión posible el componente CALIDAD. Así mismo vincula elementos del contexto territorial a través de sus personas representativas.

12. Informar a la secretaria de educación distrital, a través de la supervisión al momento de la firma del contrato, en forma clara y expresa del personal que contrate para su ejecución, haciendo entrega de la relación de docentes, directivos docentes, personal administrativo, y demás personal indicando el número del contrato con tiempo de duración del servicio y perfil de idoneidad de cada uno de ellos. En ningún

caso el personal que relacione, hará parte de la planta oficial de la entidad territorial y, en consecuencia, su vínculo jurídico se contrae única y exclusivamente con la organización indígena.

Descripción del avance: Antes de iniciar labores fue necesaria una reunión con el personal a contratar para tratar los temas contractuales donde se le informó que la vinculación laboral está a cargo de La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA, se hizo énfasis en que no tienen vínculo laboral con la Secretaría de Educación Distrital ni con el MEN. Que sus servicios son de estricto cumplimiento dentro de la Institución etnoeducativa N°2, sus obligaciones y responsabilidades están supeditadas a las necesidades del establecimiento educativo y directrices de la Rectoría. En este orden de ideas, revisaron las hojas de vida, se realizaron los contratos, las afiliaciones al sistema de seguridad social, así como la revisión de las hojas de vida de cada uno para comprobar su perfil y la idoneidad para ejercer el cargo. Desde el día catorce (14) de marzo del año en curso se vinculó el personal que labora en la Institución Etnoeducativa No. 2, como requisito adicional se les solicitó tener aval de la autoridad tradicional del resguardo de Las Delicias, lugar donde realizarían sus actividades, como forma de reconocer la autonomía en este territorio wayuu. Dentro de los documentos de la primera cuenta de cobro se anexa el listado de personal contratado con la asignación salarial, el cargo, tiempo de contratación y numero de contrato.

	NOMBRE Y APELLIDO	IDENTIFICACION	CARGO	SALARIOS	SEDES
1	CRISTIAN RODRIGUEZ CHOLES	1118865950	SIMAT	$ 2.195.519	LAS DELICIAS
2	CARMEN REDONDO PUSHAINA	1.119.698.388	SECRETARIA	$ 1.826.176	LAS DELICIAS
3	MILENA REDONDO EPINAYU	40.932.176	BIBLIOTECARIA	$ 1.826.176	LAS DELICIAS
4	NATALIA CASTILLO REDONDO	1.119.698.388	AUX ADMINISTRATIVO	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
5	VICTOR PULIDO REDONDO	1.118.870.212	AUX ADMINISTRATIVO	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
6	MARIA APSHANA IPUANA	1.124.369.577	AUX ADMINISTRATIVO	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
7	MARIA SANCHEZ IPUANA	1.192.813.883	AUX ADMINISTRATIVO	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
8	YUSELIS PUSHAINA	1.118.809.731	SER. GENERAL	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
9	MIREYA PUSHAINA JUSAYU	1.006.639.356	SER. GENERAL	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
10	MAURA PUSHAINA PUSHAINA	1.149.446.930	SER. GENERAL	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
11	JOSE GUTIERREZ REDONDO	84.080.394	SER. GENERAL	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
12	DAVID CASTILLO DEVOZ	1.006.639.702	SER. GENERAL	$ 1.750.905	LAS DELICIAS

13	ADOLFO GUARIYU LOPEZ	1.124.376.040	SERVICIOS VARIOS	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
14	EDUAR BENJUMEA BENJUMEA	1.119.697.685	SERVICIOS VARIOS	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
15	YONIER BARRETO QUINTERO	1.118.807.943	SERVICIOS VARIOS	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
16	MAYERLI PUSHAINA PUSHAINA	1.006.638.932	SERVICIOS VARIOS	$ 1.750.905	LAS DELICIAS
17	AGRIPINA GONZALEZ GAMEZ	27.024.789	COORDINADORA	$ 2.965.660	LAS DELICIAS
18	YANIRIS DE LUQUE URIANA	1.006.577.339	DOCENTE NORMALISTA	$ 2.183.954	LAS DELICIAS
19	YERSON DE JESUS LUBO EPIEYU	1.118.827.758	DOCENTE NORMALISTA	$ 2.183.954	LAS DELICIAS
20	DAYANA PAOLA AVILA PALMEZANO	1.006.617.653	DOCENTE BACHILLERATO	$ 2.627.936	LAS DELICIAS
21	ANA KARINA HERRERA CUADRADO	1.118.804.603	DOCENTE BACHILLERATO	$ 2.627.936	LAS DELICIAS
22	LUISA DE LA BARRERIRA MARTINEZ	1.118.860.924	DOCENTE BACHILLERATO	$ 2.627.936	LAS DELICIAS
23	ROSA MARIA SOCARRAS DE LA VEGA	1.032.386.021	DOCENTE BACHILLERATO	$ 2.627.936	LAS DELICIAS

13. Con el primer informe de ejecución, entregar los contratos suscritos con cada uno de los docentes directivos, docentes, personal administrativo y demás personal debidamente firmados, donde se incluyan los salarios mensuales y el total, así como, los costos que el operador asumirá para el pago mensual de la vinculación al sistema de seguridad social del docente y del personal administrativo.

Descripción del avance: En este primer informe se incluyen las actividades de coordinación, gestión, administración y dirección que se ha efectuado desde la firma del acta de inicio en lo concerniente a la contratación de personal, de esta manera se firmaron los contratos del personal administrativo, gestionó su afiliación al Sistema de Riesgos Laborales, Sistema de Salud, Pensiones entre otros, como forma de garantizar al empleado un amparo ante una situación de origen laboral que ponga en riesgo su integridad física.

14. Entregar con los informes de ejecución, la relación y constancias de pagos de los salarios del personal contratado.

Descripción del avance: En la ejecución del contrato el informe de ejecución se convierte en una manera práctica de reconocer los avances en las funciones de quienes han asumido una responsabilidad al momento de su firma. El principal compromiso de La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA como empleador es realizar el pago correspondiente al

ORGANIZACIÓN ANAINJAT WAKUAIPA
NIT. 901.033.403-5

CERTIFICADOS DE AFILICIACION SEGURIDAD SOCIAL

PENSION

ARL

PARAFISCALES

Res. Rizzia Las Delicias Km 3 vía Riohacha – Santa Marta
Cel. 3205821345 - 3006861808
Riohacha, La Guajira

funciones analizadas se considera el control y la evaluación como sus campos específicos que permiten garantizar el correcto cumplimiento del objeto del contrato adjudicado a la ORGANIZACIÓN, esto con el ánimo de lograr una correcta utilización de los recursos económicos. Una vez inicien las actividades proyectadas en marco del fortalecimiento pedagógico se reportarán las evidencias y demás entregables.

18. permitir el ejercicio de las labores de supervisión, control, evaluación, capacitación, que adopte la secretaria de educación distrital y cumplir con las recomendaciones que ellos emanen.

Descripción del avance: La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA está dispuesta a recibir todas las recomendaciones de la supervisión, así como participar en las actividades que disponga la secretaria de educación distrital con miras a mejorar el desarrollo del objeto contractual al tiempo que se contribuye en la búsqueda de una educación de calidad en condiciones dignas para los estudiantes de los territorios wayuu. En este sentido se recibirán las supervisiones y el ejercicio de los controles, así como la capacitaciones y recomendaciones del personal a cargo del monitoreo de las obligaciones contractuales.

19. Cumplir en su integridad las disposiciones contenidas en el decreto 2500 de 2010 y Decreto 1075 de 2015.

Descripción del avance: La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA es una alianza entre los indígenas wayuu, por tanto, es conocedora de procesos de fortalecimiento de los saberes y prácticas ancestrales propios de esta cultura, además del respeto que se debe procurar por la diversidad cultural en la interacción con otros pueblos, es así como se procura por el fortalecimiento de los saberes ancestrales propios a través de procesos pedagógicos en el aula. En este sentido La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA ajusta sus procesos bajo el respeto de los territorios y las comunidades, lo cual en esta primera etapa incluyó la atención en wayuunaiki cuando hubo presencia de personal wayuu monolingüe, así como socialización periódica con autoridades tradicionales frente a eventos que despertaron preocupación o expectativas en las comunidades respecto al proceso escolar. Siendo el principal avance la contratación de la canasta parcial, con el amparo de los avales de la gran mayoría de las autoridades tradicionales wayuu de las comunidades con sedes adscritas la institución Etnoeducativa N° 2.

Atentamente,

Yeimis Mendoza

YEIMIS PATRICIA MENDOZA BRITO
C.C. 1.118.818.972 de Riohacha
Representante Legal

Res. Rizzia Las Delicias Km 3 vía Riohacha – Santa Marta
Cel. 3016091204
Riohacha, La Guajira

personal contratado. Por eso en este informe se entrega proyección de los pagos del personal correspondiente al mes de marzo, abril y mayo, y se incluyen las constancias y/o soportes de pagos salarios para que haya transparencia en la ejecución.

15 **Entregar los informes de capacitaciones, asistencias, desarrollo de la temática, evaluación, compromisos y material el cual se elabora para el desarrollo de los contenidos y áreas en pro del mejoramiento de la calidad educativa y de saberes en cada una de las instituciones y centros etnoeducativo.**

Descripción del avance: La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA realizará de acuerdo con las orientaciones de la Secretaría de Educación Distrital el inicio de las capacitaciones, las cuales están previstas para el mes de mayo, en este informe se anexan cronogramas, Todo estará plasmado en la ejecución. en este contrato se estipula que Se realizarán, Seminario -taller estrategia didáctica y procesos metodológicos para fomentar el aprendizaje y competencia de los estudiantes en el aula de Clases Inteligencia artificial aplicada a la educación. Seminario - Taller sobre Revitalización, resignificación y actualización de los PEC en el cumplimiento de la Resolución No. 022 de 2025. entre otros temas que favorezcan el desarrollo integral de los estudiantes y el mejoramiento de las prácticas pedagógicas en las aulas.

16. Rendir un informe al supervisor del contrato donde se evidencie la entrega de seguro estudiantil, material educativo y agua a las instituciones y centros Etnoeducativo a su cargo y sus beneficiarios.

Descripción del avance: La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA en este informe se presenta contratos y cronograma de entrega de la primera dotación, contrato y cronograma de la entrega de agua a las sedes educativas, así como del material educativo pactado dentro del contrato, estos últimos se encuentran destinados para 1135 estudiantes, establecidos dentro de la canasta educativa para la institución etnoeducativa No 2. Elementos necesarios para desarrollar las actividades diarias propias del proceso escolar en los territorios, y así dar cumplimiento a la misión y visión institucional.

17. Dar cuenta de los entregables establecidos en lo que hace relación al fortalecimiento del modelo pedagógico.

Descripción del avance: La ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA esta presta a recibir todas las recomendaciones de la supervisión, así como participar en las actividades que disponga la Administración Distrital ya que se considera la supervisión como puente entre la Administración, el operador y la institución etnoeducativo N.2, basado en su correcto y ágil funcionamiento, la adecuación rápida del sistema a los requerimientos realizados, entre las

ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA
NIT. 901.653.403-5

CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

De un lado, MARELEIDA TORRES BLANCHAR, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 40.924.955, Contadora de la ORGANIZACIÓN INDÍGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA y; de otro lado, **YEIMIS MENDOZA BRITO, C.C. No. 1.118.818.972, Representante Legal de la Organización Indígena Wayuu Anainjat Wakuaipa**, nos permitimos realizar las siguientes declaraciones:

1. Certificar que, en lo que corresponde, se han efectuado los pagos por concepto de aportes correspondientes a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensión y demás aportes establecidos en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, cuando ha sido el caso, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley 1607 de 2012, durante los últimos seis (6) meses.

2. Certificar que, en lo que corresponde, se han efectuado el pago de los aportes correspondientes a cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses.

3. Certificar que hemos realizado el pago de los aportes correspondientes a la nómina de los últimos seis (6) meses, en los eventos en los que se ha causado la obligación.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 2 de la Ley 1150 de 2007 y 828 de 2003.

Dada en Riohacha, La Guajira, a los veintisiete (27) días del mes de febrero de 2026.

MARELEIDA TORRES BLANCHAR
C.C 40.924.955
Contadora - Tarjeta Profesional No 159420-T

Yeimis Mendoza
YEIMIS MENDOZA BRITO
C.C. No. 1.118.818.972
Representante Legal
Organización Indígena Wayuu Anainjat Wakuaipa

Res. Rizzia Las Delicias Km 3 vía Riohacha – Santa Marta
Cel. 3016091204
Riohacha, La Guajira

ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA
NIT. 901.033.403-5

CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

De un lado, MARELEIDA TORRES BLANCHAR, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 40.924.955, Contadora de la ORGANIZACIÓN INDÍGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA y; de otro lado, **YEIMIS MENDOZA BRITO, C.C. No. 1.118.818.972, Representante Legal de la Organización Indígena Wayuu Anainjat Wakuaipa**, nos permitimos realizar las siguientes declaraciones:

1. Certificar que, en lo que corresponde, se han efectuado los pagos por concepto de aportes correspondientes a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensión y demás aportes establecidos en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, cuando ha sido el caso, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley 1607 de 2012, durante los últimos seis (6) meses.

2. Certificar que, en lo que corresponde, se han efectuado el pago de los aportes correspondientes a cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses.

3. Certificar que hemos realizado el pago de los aportes correspondientes a la nómina de los últimos seis (6) meses, en los eventos en los que se ha causado la obligación.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 2 de la Ley 1150 de 2007 y 828 de 2003.

Dada en Riohacha, La Guajira, a los treinta y uno (31) días del mes de marzo de 2026.

MARELEIDA TORRES BLANCHAR
C.C 40.924.955
Contadora - Tarjeta Profesional No 159420-T

Yeimis Mendoza
YEIMIS MENDOZA BRITO
C.C. No. 1.118.818.972
Representante Legal
Organización Indígena Wayuu Anainjat Wakuaipa

Res. Rizzia Las Delicias Km 3 vía Riohacha – Santa Marta
Cel. 3016091204
Riohacha, La Guajira


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 40.924.955
TORRES BLANCHAR
APELLIDOS
MARELEIDA
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 24-JUL-1971
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
02-OCT-1990 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
A-4800100-68146433-F-0040924955-20060403
00396 06093N 02 204540722



República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

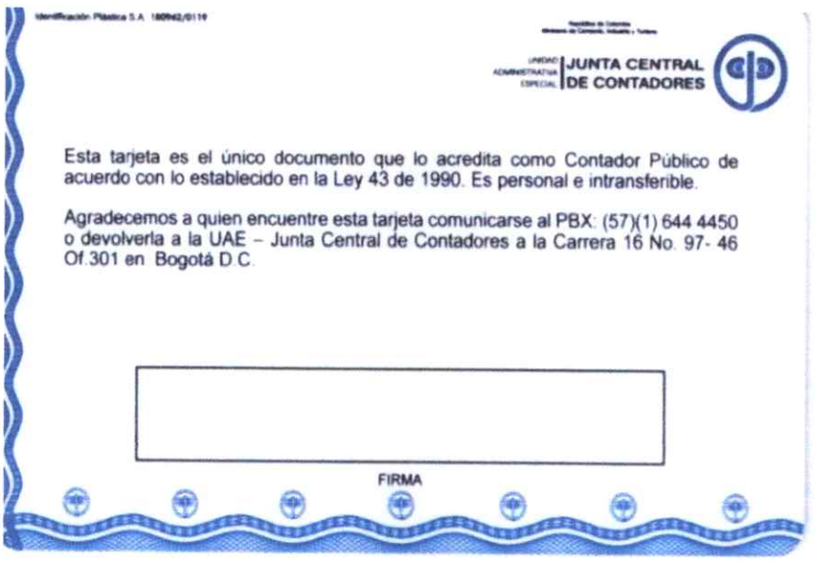
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

159420-T

MARELEIDA
TORRES BLANCHAR
C.C. 40924956
RES. INSCRIPCION 177 DEL 09/08/2011
UNIVERSIDAD DE LA GUAJIRA

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

272898 169275



Identificación Plástica S.A. 160942/0119

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

B0DA47FA1C1F5BD6

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **MARELEIDA TORRES BLANCHAR** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 40924955 de RIOHACHA (LA GUAJIRA) Y Tarjeta Profesional No 159420-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 27 días del mes de Febrero de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:58:31 horas del 24/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **40924955,** Apellidos y Nombres **TORRES BLANCHAR MARELEIDA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **resguardo indigena wayuu de el soldado parate bien**, con NIT **825003106-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 24/02/2026 04:44:38 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **40924955** y Nombre: **MARELEIDA TORRES BLANCHAR.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **135393201** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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 martes 24 de febrero de 2026, a las 16:42:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	40924955
Código de Verificación	40924955260224164238

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:39:40 PM horas del 24/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **40924955**

Apellidos y Nombres: **TORRES BLANCHAR MARELEIDA**

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.

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

Todos los derechos reservados.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 291909269

PIB
16:42:09

Bogotá DC, 24 de febrero del 2026

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) MARELEIDA TORRES BLANCHAR identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40924955:

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 Política 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

Mario Enrique Castro González
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.

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 40924955 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 24/02/2026 04:48 PM

Código Verificación: **RHGUTL8C4S**

Válida hasta: **25/05/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

PROTEGER EPS

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. Continuación portabilidad
A. Afiliación B. Reporte de Novedades ✓	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ✓ / Beneficiario o afiliado adicional B. Colectivo C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo ✓ B. Subsidiado	Si / No

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (asegurador para la BDU)
A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y Nombres			
Primer apellido: De la Barreira	Segundo apellido: Martinez	Primer nombre: Wisu	Segundo nombre: Fernanda

9. Tipo de documento de identidad	10. N° del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	1118860924	Femenino ✓ Masculino	F ✓ M T NB Otro Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
	País	Departamento	Municipio		
Colombiana	Colombia	La Guajira	Riohacha	28/04/1996	

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. Número de la historia clínica / CUFE	25. Fecha Constitución Solidaria
Positiva	Porvenir	27627936	

26. Residencia			
Dirección: Bmu mz Santa Marta	Teléfono fijo	Teléfono celular: 3012260098	Correo electrónico: wifer17.dl@gmail.com
Departamento: La Guajira	Municipio: Riohacha	Localidad / Comuna	Zona: 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 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
	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
01				
02				
03				
04				
05				

	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
01															
02															
03															
04															
05															

Datos Complementarios

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

	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)
01								
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
01			
02			
03			
04			

Vigilado Supersalud

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
81	
82	
83	
84	
85	

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Org Industriales Aranjotuvivienda	Nit	901033403	

59. Ubicación: Km 3 vía Santa Marta | 3205822345 | yesapu@hotmail.com | La Guajira | Riohacha

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación.
2. Corrección de datos básicos de identificación.
3. Actualización del documento de identificación.
4. Actualización y corrección de datos complementarios.
5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
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 Regimen B. Diferente Regimen
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 PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

69. 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 Nil Otro Cual	Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

65. EPS Anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de Traslado Código	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	18/08/2026		

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 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 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 carga 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 cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
	Yeimis Mendoza

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad.

Cantidad:	CN	TI	PA	CD	Total
	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.
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.

Vigilado Supersalud

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo 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 - 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. Contribución solidaria: Si — No Y
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante — B. Cabeza de Familia X — C. Beneficiario — D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X — B. Independiente — C. Pensionado
7. Código (a registrar por la EPS): 01

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

8. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Gonzalez | Segundo Apellido: Gamez | Primer Nombre: Agripina | Segundo Nombre: Del carmen
9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número del documento de identidad: 27024789
11. Sexo biológico: Femenino X Masculino
12. Sexo identificación: F X M T NB Otro — Cual
13. Nacionalidad: Colombiana
14. Lugar de nacimiento: País: Colombia | Departamento: La Guajira | Municipio: Maicao
15. Fecha de nacimiento: 18/08/1978

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: Positiva
23. Administradora de Pensiones: Porvenir
24. Ingreso base de cotización - IBC: 2965660
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia Dirección: Calle 18 # 11-58
Teléfono Fijo
Teléfono Celular: 3005693659
Correo Electrónico: agripina.gonzalez@gmail.com
Departamento: La Guajira | Municipio / Distrito: Riohacha | Localidad / Comuna: Rojos Pinilla
Zona: Cabecera Municipal — Rural Disperso — Centro Poblado — Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

A. AFILIACIÓN

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 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				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	

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					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

	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a reportar por la EPS)
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		
B1	IPS Medigroup	140974
B2	Unisalud	14022
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: Organizacion Wayuu Mainjat Wakuaipa | 56. Tipo documento de Identificación: NIT | 57. Número del documento de Identificación: 901033403 | 58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS):

59. Ubicación
Dirección: Km 3 via Santa Marta
Teléfono fijo o Celular: 3205821345
Correo Electrónico: yesapu@hotmail.com
Departamento: La Guajira
Municipio / Distrito: Riohacha

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 adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno a: 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	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
EPS Sanitas	13/02/2020		

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.
- [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.
- [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
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: Yeimi Mendoza

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión mar
- [ ] 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 consta 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 | 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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	96. 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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

B. REPORTE DE NOVEDADES

PROTEGER EPS

Página 1

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. Continuación solidario
A. Afiliación ✓ B. Reporte de Novedades	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ✓ / Beneficiario o afiliado adicional — B. Colectivo — C. Institucional — D. De oficio	A. Contributivo ✓ B. Subsidiado	Si / No

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código
A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	(asignado por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y Nombres			
Primer apellido: De la Barreira	Segundo apellido: Martinez	Primer nombre: Wisu	Segundo nombre: Fernanda

9. Tipo de documento de identidad	10. N° del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Fecha de nacimiento
CC	1118860924	Femenino ✓ / Masculino	F ✓ / M / T / NB / Otro / Cual	

14. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			
	País	Departamento	Municipio	
Colombiana	Colombia	La Guajira	Riohacha	24/04/1996

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 Pensiones Laborales – AFP	23. Administradora de Pensiones	24. Número de identificación	25. Fecha Consolidación Solidaria
Positiva	Porvenir	2627936	

26. Residencia				
Dirección: Bario Las Santa Marta	Teléfono fijo	Teléfono celular: 3012260098	Correo electrónico: Wifer17.04@gmail.com	
Departamento: La Guajira	Municipio: Riohacha	Localidad / Comuna	Zona: 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 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	34. Fecha de nacimiento
		Femenino / Masculino	F / M / T / NB / Otro / Cual	

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: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

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

Datos Complementarios

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	NO	48. Clasificación SISBÉN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: Nivel	Grupo	Categoría de discapacidad	50. Discapacidad permanente: SI	NO
01													
02													
03													
04													
05													

	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)
01								
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Localidad/comuna	Correo electrónico
01			
02			
03			
04			

Vigilado Supersalud

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

		54. Código de la IPS (a registrar por la IPS)
C		
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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Org ind wayu Arongatuwaipa	Nit	901033403	
59. Ubicación: Km 3 via santa marta, 3205821345, yesapu@hotmail.com, La Guajira, Riohacha			

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación.
2. Corrección de datos básicos de identificación.
3. Actualización del documento de identificación.
4. Actualización y corrección de datos complementarios.
5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
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 PARA 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 / I / Nit / 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 Código	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	13 08 2026		

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 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 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 cuando aplique o afiliado adicional

Yeimis Mendoza

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	PA	CD	Total
	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.

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.

Vigilado Supersalud

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016725257	3|0|0|4|2|0|2|6

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.Codigo (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			
GUTIERREZ (Primer apellido)	REDONDO (Segundo apellido)	JOSE (Primer nombre)	VENTURA (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	84080394	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: LA GUAJIRA	Municipio: RIOHACHA	2|3|0|1|1|9|7|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia			
CL 27A NO 28 30 BRR LAS TUNAS (Dirección)	Telefono fijo	3016401246 (Telefono celular)	JOSEVENTURA@GMAIL.COM (Correo electronico)
LA GUAJIRA (Departamento)	RIOHACHA (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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS WAJIIRA - VS WAJIIRA	VSWAJIIRA - VSWAJIIRA
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)
ORGANIZACION INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA	NIT	901033403	01

59.Ubicación				
ZN VIA SANTAMARTA KM 3 (Dirección)	7272694 (Teléfono fijo o celular)	JOELFUENMAYOR@HOTMAIL.ES (Correo electrónico)	LA GUAJIRA (Departamento)	MAICAO (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4016725257

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
	1|3|0|2|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69.☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70.☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 71.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72.☒ 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 poir sus funciones la requieran
- 75.☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el 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

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
P Jorge Gutierrez	Yeimis Mendoza

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 sentancia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentancia 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		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

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.

EPS SANITAS

MESSIAH 1.0
NIT: 900.174.631-9

615542

06 | 04 | 2026

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSS

I. TIPO DE TRÁMITE Y DE AFILIACIÓN

1. Tipo de Trámite	2. Tipo Afiliación	3. Régimen	4. Contribución
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	B. Colectiva [ ] A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [X]

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo Cotizante	7. Código
A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	(a registrar por la EPS) 1

II. DATOS DEL AFILIADO

8. Apellidos y Nombre			
LUBO Primer Apellido	EPIEYU Segundo Apellido	JERSON Primer Nombre	DE JESUS Segundo Nombre

9. Tipo de Documento de identidad	10. Número de Documento	11. Sexo Biológico	12. Sexo Identificación
CC	1118827758	Femenino [ ] Masculino [X]	F M T NB Otro Cual?

13. Nacionalidad	14. Lugar Nacimiento			15. Fecha Nacimiento
COL	COL	La Guajira	Riohacha	2 3 0 6 1 9 8 9

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene Encuesta SISBEN
06		SI [ ] NO [X] Categoría de	SI X NO

20. Clasificación SISBEN		21. Grupo de población especial	
Nivel O	Grupo		

22. Administradora Riesgos Laborales	23. Administradora Pensiones	24. Ingreso Base Cotización IBC	25. tarifa Constribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR	2.183.954	

26. Residencia			
LASDELICIAS Dirección	6050000000 Teléfono	6057272694 Teléfono Celular	BELKISFAJARDO@HOTMAIL. Correo electrónico
La Guajira Municipio/Distrito	Riohacha Localidad/Comuna	Zona: Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural	

III. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

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

28. Tipo de documento de identidad	29. No de documento de identidad	30. Sexo	31. Sexo identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	T NB Otro Cual? Femenino Masculino

32. Nacionalidad	33. Lugar de Nacimiento	34. Fecha de Nacimiento

IV. DATOS DE LOS HIJOS

24. Apellidos y Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento	37. No documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico F	39. Sexo biológico M	40. Sexo identificación F	M	T	NB	Otro	Cual	41. Lugar Nacimiento País	Dpto	Mun	42. Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo población	47. SISBEN SI	47. SISBEN NO	48. Clasificación SISBEN Nivel	48. Clasificación SISBEN Grupo	49. Discapacidad SI	49. Discapacidad NO	49. Discapacidad Ctg	50. Incapacidad permanente SI	50. Incapacidad permanente NO
B1													
B2													
B3													

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural disperso	Zona: Resto Rural	Teléfono y/o celular
B1							
B2							
B3							

	51. Nombre de la IPS
B1	
B2	
B3	

V. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA DE PENSIONES

55. Nombre de la razón social	56. Tipo de Documento de identificación	57. No de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA	NI	901033403	1

Dirección	Teléfono:	Correo electrónico	Dpto:	Municipio:
KILOMETRO 3 VIA SANTA MARTA	0002222222	BELKISFAJARDO@HOTMAIL.COM	Magdalena	Santa Marta

II. 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 con la EPS
  Código
- [ ] 6. Reporte de pago a traves 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 a la EPS retorno al pais
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para hacer afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para hacer afiliaciones colectivas
- [ ] 14. Movilidad
  - [ ] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Regimen 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

III. 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	No 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 del traslado	68. Caja de compensación familiar o Pagador de Pensiones
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SUCRE - COMFASUCRE	13/02/2026	Código	

VI. DECLARACIÓN DE 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 de los beneficiarios
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario 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 5 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 a de realizar los pagos correspondientes
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en contribución solidari, según la encuesta del SISBEN vigente

VII. CONTRIBUCION 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	No documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante cabeza de familia o beneficiario	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
	Yeimis Mendoza

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad

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

- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que 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 date 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 O ENTIDAD RECEPTORA 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 ENTIDAD RECEPTORA DE POBLACIÓN ESPECIAL

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

Tipo de documento de identidad	No 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.

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA

MESSIAH 1.0
NIT: 900.174.631-9

414175

06 | 04 | 2026

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSS

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

2. Tipo Afiliación — B. Colectiva [ ]

A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ]
C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]

3. Régimen — A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Contribucción — SI [ ] NO [X]

5. Tipo de Afiliado — A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

6. Tipo Cotizante — A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

7. Código (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

8. Apellidos y Nombre			
CASTILLO	REDONDO	NATALIA	CRISTINA
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

9. Tipo de Documento de identidad	10. Número de Documento	11. Sexo Biológico	12. Sexo Identificación
CC	1118827538	Femenino [X] Masculino [ ]	T NB Otro Cual? F M

13. Nacionalidad	14. Lugar Nacimiento			15 .Fecha Nacimiento
COL	COL	La Guajira	Riohacha	2 7 1 1 2 0 0 7

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	
01		SI [ ] NO [X]	Categoria de

19. Tiene Encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
SI X NO	Nivel N Grupo	

22. Administradora Riesgos Laborales	23. Administradora Pensiones	24. Ingreso Base Cotización IBC	25. tarifa Constribución Solidaria
Predeterminado	PORVENIR	1.826.176	

26. Residencia			
Dirección: KM 5 VIA SANTA MARTA	Teléfono:	324-4748665 (Teléfono Celular)	nataliacastillor1@gmail.com (Correo electrónico)
Municipio/Distrito: La Guajira	Localidad/Comuna: Riohacha	Zona: Cabecera Municipal / Centro Poblado	Rural Disperso / Resto Rural

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

28. Tipo de documento de identidad	29. No de documento de identidad	30. Sexo	31. Sexo identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	T NB Otro Cual? Femenino Masculino

32. Nacionalidad	33. Lugar de Nacimiento	34. Fecha de Nacimiento

24. Apellidos y Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento	37. No documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico F	39. Sexo biológico M	40. Sexo identificación F	M	T	NB	Otro	Cual	41. Lugar Nacimiento País	Dpto	Mun	42. Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo población	47. SISBEN SI	47. SISBEN NO	48. Clasificación SISBEN Nivel	48. Clasificación SISBEN Grupo	49. Discapacidad SI	49. Discapacidad NO	49. Discapacidad Ctg	50. Incapacidad permanente SI	50. Incapacidad permanente NO
B1													
B2													
B3													

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural disperso	Zona: Resto Rural	Teléfono y/o celular
B1							
B2							
B3							

B1	
B2	
B3	

55. Nombre de la razón social	56. Tipo de Documento de identificación	57. No de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA	NI	901033403	1

Dirección	Teléfono:	Correo electrónico	Dpto:	Municipio:
KILOMETRO 3 VIA SANTA MARTA	0002222222	BELKISFAJARDO@HOTMAIL.COM	Magdalena	Santa Marta

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 con la EPS
  Código
- [ ] 6. Reporte de pago a traves 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 a la EPS retorno al pais
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para hacer afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para hacer afiliaciones colectivas
- [x] 14. Movilidad
  - [x] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Regimen 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

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

Tipo de documento de identidad	No 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 del traslado	68. Caja de compensación familiar o Pagador de Pensiones
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SUCRE - COMFASUCRE	2026/02/13	Código	

- [ ] 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 de los beneficiarios
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario 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 5 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 a de realizar los pagos correspondientes
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en contribución solidari, según la encuesta del SISBEN vigente

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 ☐ No documento de identidad

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Natalia C.	Yeimis Mendoza

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
  Cantidad de documentos de identidad anexos
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que 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 date 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 articulo 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

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

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

Tipo de documento de identidad	No documento de identidad	95. Firma del funcionario:

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	

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 formulado.

EPS FAMILIAR

MESSIAH 1.0
NIT: 900.174.631-9

615540

06 | 04 | 2026

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSS

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

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

3. Régimen — A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Contribucción — SI [ ] NO [X]

5. Tipo de Afiliado — A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

6. Tipo Cotizante — A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

7. Código (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

8. Apellidos y Nombre			
SANCHEZ (Primer Apellido)	IPUANA (Segundo Apellido)	MARIA (Primer Nombre)	DELCARMEN (Segundo Nombre)

9. Tipo de Documento de identidad	10. Número de Documento	11. Sexo Biológico	12. Sexo Identificación
CC	1192813883	Femenino [X] Masculino [ ]	T NB Otro Cual? F M

13. Nacionalidad	14. Lugar Nacimiento			15. Fecha Nacimiento
COL	COL	La Guajira	Riohacha	05/05/1999

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene Encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
01		SI [ ] NO [X] Categoría de	SI X NO	Nivel N Grupo	

22. Administradora Riesgos Laborales	23. Administradora Pensiones	24. Ingreso Base Cotización IBC	25. tarifa Constribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR	1.750.905	

26. Residencia			
Dirección: KM 3 VIA A SANTA MARTA	Teléfono: 605-7275739	Teléfono Celular: 317-6610393	Correo electrónico: facturacionelectronica@anashi
Municipio/Distrito: La Guajira	Localidad/Comuna: Riohacha	Zona: Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural	

B. DATOS DEL COTIZANTE PRINCIPAL O PENSIONADO

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

28. Tipo de documento de identidad	29. No de documento de identidad	30. Sexo	31. Sexo identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	T NB Otro Cual? Femenino Masculino

32. Nacionalidad	33. Lugar de Nacimiento	34. Fecha de Nacimiento

C. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

24. Apellidos y Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento	37. No documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico F	39. Sexo biológico M	40. Sexo identificación F	M	T	NB	Otro	Cual	41. Lugar Nacimiento País	Dpto	Mun	42. Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo población	47. SISBEN SI	47. SISBEN NO	48. Clasificación SISBEN Nivel	48. Clasificación SISBEN Grupo	49. Discapacidad SI	49. Discapacidad NO	49. Discapacidad Ctg	50. Incapacidad permanente SI	50. Incapacidad permanente NO
B1													
B2													
B3													

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural disperso	Zona: Resto Rural	Teléfono y/o celular
B1							
B2							
B3							

B1	
B2	
B3	

D. DATOS DEL APORTANTE

55. Nombre de la razón social	56. Tipo de Documento de identificación	57. No de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA	NI	901033403	1

Dirección	Teléfono:	Correo electrónico	Dpto:	Municipio:
KILOMETRO 3 VIA SANTA MARTA	0002222222	BELKISFAJARDO@HOTMAIL.COM	Magdalena	Santa Marta

V. 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 con la EPS
  Código
- [ ] 6. Reporte de pago a traves 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 a la EPS retorno al pais
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para hacer afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para hacer afiliaciones colectivas
- [ ] 14. Movilidad
  - [ ] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Regimen 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	No 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 del traslado	68. Caja de compensación familiar o Pagador de Pensiones
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE - COMFASUCRE -CM	13/02/2026	Código	

VII. DECLARACIÓN DE 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 de los beneficiarios
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario 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 6 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 a de realizar los pagos correspondientes
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en contribución solidari, 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 [ ] No documento de identidad

IX. FIRMAS

Mario Jancno	Yeimis Mendoza
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]
  Cantidad de documentos de identidad anexos
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que 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 date 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 O ENTIDAD 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	No documento de identidad	95. Firma del funcionario:

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	

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.

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

(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 X B. Subsidiado	Si No X

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante C. Beneficiario B. Cabeza de Familia X D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS) 01

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Avila	Segundo Apellido: Palmezano	Primer Nombre: Dayan	Segundo Nombre: Paola

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	CuM	13. Nacionalidad
CC	1006617653	Femenino X Masculino	F X M T NB Otro		Colombiana

14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
Municipio: Riohacha	País: Colombia	Departamento: La Guajira	Municipio: Riohacha	27082001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad		19. Tiene encuesta SISBÉN		20. Clasificación SISBÉN		21. Grupo de población especia
		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
Positiva	Porvenir	2627936	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Km 5 via Santa Marta	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3157616850	dayanavila27@hotmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
La Guajira	Riohacha	Rancheria	Cabecera Municipal; Centro Poblado 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			
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	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro		

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

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

A. AFILIACIÓN

	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 nacim
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	

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 perm
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

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional
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			

C	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1	IPS Medigroup	14974
B2	Unisalud	14022
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: Org Indwayu Arainjat Wakuaipa
56. Tipo documento de identificación: NIT
57. Número del documento de identificación: 901033403
58. Tipo de aportante a pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación — Dirección: Km 3 Vía Santa Marta
Teléfono fijo o Celular: 3205821345
Correo Electrónico: Yesoru@hotmail.com
Departamento: La Guajira
Municipio / Distrito: Riohacha

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 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

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado — Código	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
EPS Sanitas	13/02/2026		

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.
- [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.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

IX. FIRMAS

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

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

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en a 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 / 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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	96. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación

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

B. REPORTE DE NOVEDADES

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo 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 - Cotizante o Cabeza de Familia: X — B. Colectiva — C. Institucional — D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional
3. Régimen: A. Contributivo: X — B. Subsidiado
4. Contribución solidaria: Si — No: X
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante — B. Cabeza de Familia: X — C. Beneficiario — D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente: X — B. Independiente — C. Pensionado
7. Código (a registrar por la EPS): 01

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

8. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Castillo
Segundo Apellido: De Voz
Primer Nombre: David
Segundo Nombre: Elias
9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número del documento de identidad: 1006639702
11. Sexo biológico: Femenino — Masculino: X
12. Sexo identificación: F — M: X — T — NB — Otro — Cuál
13. Nacionalidad: Colombiano
14. Lugar de nacimiento: País: Colombia — Departamento: La Guajira — Municipio: Riohacha
15. Fecha de nacimiento: 31 12 2002

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: Positiva
23. Administradora de Pensiones: Porvenir
24. Ingreso base de cotización - IBC: 1750905
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia Dirección: Calle 10 # 11-83
Teléfono Fijo
Teléfono Celular: 3165348431
Correo Electrónico: dcastillo@uniguajira.edu.co
Departamento: La Guajira
Municipio / Distrito: Riohacha
Localidad / Comuna: Centro
Zona: Cabecera Municipal — Centro Poblado: X — Rural Disperso — Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

A. AFILIACIÓN

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 — 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: 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 — Cuál	41. Lugar de nacimiento: País — Departamento — Municipio	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: Si — No — 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			
B3			
B4			
B5			

C	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1	Ips Medigroup	14974
B2	Unisalud	14022
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: Organizacion Arwinkat Wakuaipa — 56. Tipo documento de identificación: NIT — 57. Número del documento de identificación: 901033403 — 58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación Dirección: Km 3 Via Santa Marta — Teléfono fijo o Celular: 3205821345

Correo Electrónico: Yesapu@hotmail.com — Departamento: La Guajira — Municipio / Distrito: Riohacha

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 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 Cual: — 64. Fecha de nacimiento: D M M A A A A

65. EPS anterior: EPS Sanitas — 66. Fecha de novedad: 13/02/2026 — 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 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.
- [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.

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. de documento de identidad:

IX. FIRMAS

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

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

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos:

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 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.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

B. REPORTE DE NOVEDADES

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado D D M M A A A A

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

A. AFILIACIÓN

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 — B. Colectiva - Beneficiario o Afiliado adicional — 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 registrar por la EPS): 01

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

8. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Rodriguez — Segundo Apellido: Choles — Primer Nombre: Cristian — Segundo Nombre: Camilo
9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número del documento de identidad: 1118865950
11. Sexo biológico: Femenino — Masculino: X
12. Sexo identificación: F — M: X — T — NB — Otro — Cuál
13. Nacionalidad: Colombiano
14. Lugar de nacimiento: País: Colombia — Departamento: La Guajira — Municipio: Riohacha
15. Fecha de nacimiento: 06 10 1997

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: Positiva
23. Administradora de Pensiones: Porvenir
24. Ingreso base de cotización - IBC: 2195519
25. Tarifa Contribución Solidaria
Teléfono Fijo
26. Residencia Dirección: Calle 27A # 11-23
Teléfono Celular: 3045989820
Correo Electrónico: rodriguezcristian@gmail.com
Departamento: La Guajira
Municipio / Distrito: Riohacha
Localidad / Comuna: Boca grande
Zona: Cabecera Municipal — Rural Disperso — Centro Poblado: X — 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: 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 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				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	

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					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: Departamento	Municipio/ Distrito	Zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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			

C	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1	IPS Medigroup	14974
B2	Unisalud	14022
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)
Arainjat Wakuaipa Org Indígena	NIT	901033403	

59. Ubicación
Dirección: Km 3 Vía Santa Marta
Teléfono fijo o Celular: 3205821345
Correo Electrónico: yesuri@hotmail.com
Departamento: La Guajira
Municipio / Distrito: Riohacha

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 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	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Eps Sanitas	13/02/2026	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.
- [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.

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
Cristian Rodrigues	Yeimis Mendoza

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 | 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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	96. 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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Stiker procesamiento

B. REPORTE DE NOVEDADES

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016725229	3|0|0|4|2|0|2|6

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

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

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
REDONDO (Primer apellido)	PUSHAINA (Segundo apellido)	CARMEN (Primer nombre)	ELENA (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	1119698388	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: LA GUAJIRA Municipio: RIOHACHA	1|9|0|8|2|0|0|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia			
ZN VIA SANTAMARTA KM 5 (Dirección)	Telefono fijo	3244748665 (Telefono celular)	CARMENREDONDO13@GMAIL.COM (Correo electronico)
LA GUAJIRA (Departamento)	RIOHACHA (Municipio/Distrito)	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
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: 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 WAJIIRA - VS WAJIIRA	VSWAJIIRA - VSWAJIIRA
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)
ORGANIZACION INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA	NIT	901033403	01

59.Ubicación				
ZN VIA SANTAMARTA KM 3 (Dirección)	7272694 (Teléfono fijo o celular)	JOELFUENMAYOR@HOTMAIL.ES (Correo electrónico)	LA GUAJIRA (Departamento)	MAICAO (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4016725229

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
	1|2|0|2|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69.☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70.☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 71.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72.☒ 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 Decr eto 1377 de 2013
- 76.☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- 77.☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- 78.☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, 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
Carmen R	Yeimis Mendoza

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 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: 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

Recuerda 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.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
REDONDO	PUSHAINA	CARMEN	ELENA

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1119698388	X	2005 08 19	X	2026 30 04

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿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
2. ¿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
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? X
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? X
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? X

Medio de entrega deseado: Electrónico X Físico ___

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: CARMEN ELENA REDONDO PUSHAINA identificado con el documento de identidad: C No. 1119698388, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico carmenredondo13@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):

Nombres y Apellidos: CARMEN ELENA REDONDO PUSHAINA
Número de identificación: 1119698388

Fecha de diligenciamiento
2026 30 04

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

_____
Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

_____
Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web: *www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: *protecciondatos@saludtotal.com.co,* al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: 1119698388

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea Nacional de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no es a medias debe ser total

SaludTotal EPS

FOR-V-20-2021

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016725362	3|0|0|4|2|0|2|6

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

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

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
HERRERA (Primer apellido)	CUADRADO (Segundo apellido)	ANA (Primer nombre)	KARINA (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	1118873743	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: LA GUAJIRA Municipio: RIOHACHA	2|6|0|4|1|9|9|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
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia			
CL 10 NO 7 14 **Dirección**	**Telefono fijo**	3012971365 **Telefono celular**	AKHERRERA@UNIGUAJIRA.EDU.CO **Correo electronico**
LA GUAJIRA **Departamento**	RIOHACHA **Municipio/Distrito**	**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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS WAJIIRA - VS WAJIIRA	VSWAJIIRA - VSWAJIIRA
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)
ORGANIZACION INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA	NIT	901033403	01

59.Ubicación				
ZN VIA SANTAMARTA KM 3 Dirección	7272694 Teléfono fijo o celular	JOELFUENMAYOR@HOTMAIL.ES Correo electrónico	LA GUAJIRA Departamento	MAICAO Municipio/distrito

No de Radicacion
4016725362

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
	1|3|0|2|2|0|2|8	☐	

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 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 Decr eto 1377 de 2013
- 76.☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- 77.☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- 78.☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, 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

Ana Laura Herrera G	Yeimis Mendoza
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: ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 1

- ☐ 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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016725322	3|0|0|4|2|0|2|6

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

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

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
DE LUQUE (Primer apellido)	URIANA (Segundo apellido)	YANIRIS (Primer nombre)	AMPARO (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1006577339	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: LA GUAJIRA Municipio: RIOHACHA	2|1|0|5|2|0|0|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia			
KM 5 VIA SANTAMARTA 1 **Dirección**	**Telefono fijo**	3108842550 **Telefono celular**	YANIRISAMPARODELUQUE@GMAIL.COM **Correo electronico**

LA GUAJIRA **Departamento**	RIOHACHA **Municipio/Distrito**	**Localidad / comuna**	**zona** Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS WAJIIRA - VS WAJIIRA	VSWAJIIRA - VSWAJIIRA
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)
ORGANIZACION INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA	NIT	901033403	01

59.Ubicación				
ZN VIA SANTAMARTA KM 3 Dirección	7272694 Teléfono fijo o celular	JOELFUENMAYOR@HOTMAIL.ES Correo electrónico	LA GUAJIRA Departamento	MAICAO Municipio/distrito

No de Radicacion
4016725322

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
	1|3|0|2|2|0|2|6	☐	

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 poir sus funciones la requieran
- 75.☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 76.☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- 77.☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- 78.☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, 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
Yaniris Peluque	Yeimis Mendoza

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 ordena 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

Recuerda 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 las demás información registrada.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016743932	0|5|0|5|2|0|2|6

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 ☐ C. Institucional ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ 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 IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
PULIDO (Primer apellido)	REDONDO (Segundo apellido)	VICTOR (Primer nombre)	ARMANDO (Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1118870212	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: LA GUAJIRA	Municipio: RIOHACHA		0|8|0|6|1|9|9|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia			
ZN VIA SANTAMARTA KM 5 (Dirección)	Telefono fijo	3183953821 (Telefono celular)	VICTORLULIDO1998@HOTMAIL.COM (Correo electronico)
LA GUAJIRA (Departamento)	RIOHACHA (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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS WAJIIRA - VS WAJIIRA	VSWAJIIRA - VSWAJIIRA
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)
ORGANIZACION INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA	NIT	901033403	01

59.Ubicación				
ZN VIA SANTAMARTA KM 3 (Dirección)	7272694 (Teléfono fijo o celular)	JOELFUENMAYOR@HOTMAIL.ES (Correo electrónico)	LA GUAJIRA (Departamento)	MAICAO (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4016743932

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|3|0|2|2|0|2|6	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 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 poir sus funciones la requieran
- 75.☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 76.☒ Autorización para que la EPS 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

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		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

Recuerda 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 las demás información registrada.

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D C M M A A A A

(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 X B. Subsidiado	Si No X

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante B. Cabeza de Familia X C. Beneficiario D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS) 01

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
Socarras	De la vega	Rosa	Maria

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1032386021	Femenino X Masculino	F X M T NB Otro Cual	Colombiana

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Riohacha	Colombia	La Guajira	Riohacha	10021987

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	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
Positiva	Porvenir	2627936	

26. Residencia Dirección: Carrera 7E # 33a-03 — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3134994769	rosa051088@hotmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
La Guajira	Riohacha	Centro	Cabecera Municipal Rural Disperso Centro Poblado X Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

A. AFILIACIÓN

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	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro		

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

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					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

	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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			

B. REPORTE DE NOVEDADES

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1	IPS Medigroup	14974
B2	Un. Salud	14022
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: Org Ind Wayuu Anaiyat Wakuaipa
56. Tipo documento de identificación: NIT
57. Número del documento de identificación: 901033403
58. Tipo de aportante a pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación
Dirección: Km 3 Vía Santa Marta
Teléfono fijo o Celular: 3205821345
Correo Electrónico: yesapu@hotmail.com
Departamento: La Guajira
Municipio / Distrito: Riohacha

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 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	67. Motivo de traslado: Código	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
EPS Sanitas	13/02/2026		

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.
- [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.

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. de documento de identidad

IX. FIRMAS

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

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

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
			D D M M A A A A	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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

(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 X B. Subsidiado	Si No X

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante C. Beneficiario B. Cabeza de Familia X D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS) 01

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
Redondo	Epinayu	Milena	Zayne

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC	40932176	Femenino X Masculino	F X M T NB Otro		

14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio		
Riohacha Colombia	la Guajira	Riohacha		28 03 1978

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Positiva	Porvenir	1826176	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
km 5 via Santa Marta	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3023766346	milenaepinayu1@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona			
la Guajira	Riohacha	Rancheria	Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado X	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					Cuál	32. Nacionalidad
		Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro		

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
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
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 SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	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

	Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a reconocer por la EPS)
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			

A. AFILIACIÓN

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1	IPS Medigroup	14974
B2	unisalud	14022
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)
Anainjat wakuaipa Org indwayou	NIT	901033403	

59. Ubicación
Dirección: Km 3 via Santa Marta
Teléfono fijo o Celular: 3205821345
Correo Electrónico: yesupu@hotmail.com
Departamento: La Guajira
Municipio / Distrito: Riohacha

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 adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno a 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

1. 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	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
EPS Sanitas	13022026		

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
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento de identidad | No. 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
	Yeimis Mendoza

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

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 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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

IX. REPORTE DE NOVEDADES

PROTEGER EPS

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. Regimen	4. Continuidad (solo si)
A. Afiliación B. Reporte de Novedades ✓	A. Individual ✓ B. Colectiva C. Institucional	Cotizante o Cabeza de Familia ✓ Beneficiario o afiliado adicional D. De oficio	A. Contributivo ✓ B. Subsidiado	Si No

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código
A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	(La registra por la EPS)

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

8. Apellidos y Nombres			
Primer apellido: Pushaina	Segundo apellido: Pushaina	Primer nombre: Mayerli	Segundo nombre:

9. Tipo de documento de identidad	10. N° del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Fecha de nacimiento
CC	1006638932	Femenino ✓ Masculino	F ✓ M I NB Otro Cual	

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			
	País	Departamento	Municipio	
Colombiana	Colombia	La Guajira	Riohacha	11/05/2004

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. Número Tarjeta de Extranjería – IBC	25. Fecha Condición Subfactor
Positiva	Porvenir	1750905	

26. Residencia			
Dirección: Km 5 Via Santa Marta	Teléfono Fijo	Teléfono Celular: 3123278750	Correo Electrónico: yonierbarre10391@gmail.com
Zona: Cabecera Municipal / Centro Poblado ✓ / Rural Disperso / Resto Rural	Localidad / Comuna		
La Guajira Riohacha			

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	34. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	F M I NB Otro Cual	

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: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
81				
82				
83				
84				
85				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	I	NB	OTRO	CUAL	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
81															
82															
83															
84															
85															

Datos Complementarios

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Nivel encuesta SISBÉN: SI	NO	48. Clasificación SISBÉN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: Nivel	Grupo	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
81													
82													
83													
84													
85													

	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 (la registra por la EPS)
81								
82								
83								
84								
85								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
81			
82			
83			
84			
85			

Vigilado Supersalud

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
55		
57		
83		
84		
85		

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	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Ana Injatur Ltda Suaiba	Nit	901033403	

59. Ubicación: Km 3 via Santa Marta 3205821345 Yesapu@hotmail.com La Sagrada Rio Hacha

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación.
2. Corrección de datos básicos de identificación.
3. Actualización del documento de identificación.
4. Actualización y corrección de datos complementarios.
5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
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 PARA 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 I NB Otro Cual	64. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

65. EPS Anterior	66. Fecha de novedad: 1 3 0 8 2 0 2 4	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 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 afiliación 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 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 o del documento de identidad

IX. FIRMAS

Mayerlis Pushaina	Yeimis Mendoza
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 PA CD Total

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 declara la unión marital

85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara 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 beneficiarios o se ordene la afiliación de oficio.

Vigilado Supersalud

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016725303	3|0|0|4|2|0|2|6

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

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

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
BARRETO (Primer apellido)	QUINTERO (Segundo apellido)	YONIER (Primer nombre)	DE JESUS (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1118807943	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: LA GUAJIRA Municipio: RIOHACHA	2|7|1|2|2|0|0|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia			
KM 3 VIA SANTA MARTA RESGUARDO LAS DELICIAS (Dirección)	Telefono fijo	3046011859 (Telefono celular)	YOINERBARRETO@GMAIL.COM (Correo electronico)

LA GUAJIRA (Departamento)	RIOHACHA (Municipio/Distrito)	Localidad / comuna	zona: Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

C	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B	VS WAJIIRA - VS WAJIIRA	VSWAJIIRA - VSWAJIIRA
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)
ORGANIZACION INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA	NIT	901033403	01

59.Ubicación				
ZN VIA SANTAMARTA KM 3 (Dirección)	7272694 (Teléfono fijo o celular)	JOELFUENMAYOR@HOTMAIL.ES (Correo electrónico)	LA GUAJIRA (Departamento)	MAICAO (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4016725303

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
	1[3]0[2]2[0]2[6		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69.☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70.☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 71.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72.☒ 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 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
Yonier B	Yeimis Mendoza

X.ANEXOS

- ☐ 82.Anexo Copia del documento de identidad: CN.☐ RC.☐ TI.☐ CC.☒ PA.☐ CE.☐ CD.☐ SC.☐ PT.☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 1
- ☐ 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 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 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, asi como la veracidad de las demás información registrada.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
BARRETO	QUINTERO	YONIER	DE JESUS

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1118807943	X	2004 12 27	X	2026 30 04

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿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
2. ¿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
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? X
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? X
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? X

Medio de entrega deseado: Electrónico X Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: YONIER DE JESUS BARRETO QUINTERO identificado con el documento de identidad: C No. 1118807943, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico yoinerbarreto@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):

Nombres y Apellidos: YONIER DE JESUS BARRETO QUINTERO
Número de Identificación: 1118807943

Fecha de diligenciamiento
2026 30 04

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

_____

Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

_____

Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web: *www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: *protecciondatos@saludtotal.com.co,* al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: 1118807943

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea Nacional de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no es a medias debe ser total

SaludTotal EPS

EPS FAMILIAR

MESSIAH 1.0
NIT: 900.174.631-9

615541

06 | 04 | 2026

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSS

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

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

3. Régimen
A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Contribucción
SI [ ] NO [X]

5. Tipo de Afiliado
A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

6. Tipo Cotizante
A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

7. Código
(a registrar por la EPS) 1

8. Apellidos y Nombre

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
IPUANA	PUSHAINA	YUSELIS	

9. Tipo de Documento de identidad CC

10. Número de Documento 1118809731

11. Sexo Biológico Femenino [X] Masculino [ ]

12. Sexo identificación T NB Otro Cual? F M

13. Nacionalidad COL

14. Lugar Nacimiento COL | La Guajira | Riohacha

15. Fecha Nacimiento 05 02 1992

16. Etnia 01

17. Comunidad

18. Discapacidad SI [ ] NO [X] Categoria de

19. Tiene Encuesta SISBEN SI X NO

20. Clasificación SISBEN Nivel N Grupo

21. Grupo de población especial

22. Administradora Riesgos Laborales POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

23. Administradora Pensiones PORVENIR

24. Ingreso Base Cotización IBC 1.750.905

25. tarifa Constribución Solidaria

26. Residencia

Dirección	Teléfono	Teléfono Celular	Correo electrónico
LASDELICIAS	6050000000	6057272694	BELKISFAJARDO@HOTMAIL.

Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona	
La Guajira	Riohacha	Cabecera Municipal / Centro Poblado	Rural Disperso / Resto Rural

27. Apellidos y Nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad

29. No de documento de identidad

30. Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]

31. Sexo identificación T NB Otro Cual? Femenino Masculino

32. Nacionalidad

33. Lugar de Nacimiento

34. Fecha de Nacimiento

24. Apellidos y Nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento	37. No documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico F	39. Sexo biológico M	40. Sexo identificación F	M	T	NB	Otro	Cual	41. Lugar Nacimiento Pais	Dpto	Mun	42. Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo población	47. SISBEN SI	47. SISBEN NO	48. Clasificación SISBEN Nivel	48. Clasificación SISBEN Grupo	49. Discapacidad SI	49. Discapacidad NO	49. Discapacidad Ctg	50. Incapacidad permanente SI	50. Incapacidad permanente NO
B1													
B2													
B3													

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural disperso	Zona: Resto Rural	Teléfono y/o celular
B1							
B2							
B3							

B1	
B2	
B3	

55. Nombre de la razón social ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA

56. Tipo de Documento de identificación NI

57. No de documento de identificación 901033403

58. Tipo de aportante o pagador de pensiones 1

Dirección KILOMETRO 3 VIA SANTA MARTA

Teléfono: 0002222222

Correo electrónico BELKISFAJARDO@HOTMAIL.COM

Dpto: Magdalena

Municipio: Santa Marta

V. 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 con la EPS
  Código
- [ ] 6. Reporte de pago a traves 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 a la EPS retorno al pais
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para hacer afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para hacer afiliaciones colectivas
- [ ] 14. Movilidad
  - [ ] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Regimen 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	No 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 del traslado	68. Caja de compensación familiar o Pagador de Pensiones
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SUCRE - COMFASUCRE	13/02/2026	Código	

VII. DECLARACIÓN DE 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 de los beneficiarios
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario 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 5 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 a de realizar los pagos correspondientes
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en contribución solidari, 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	No documento de identidad

IX. FIRMAS

Yuselis Ipuaya	Yeimis Mendoza
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad

CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT

Cantidad de documentos de identidad anexos

- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que 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 date 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.

Total anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O ENTIDAD 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	No documento de identidad	95. Firma del funcionario:

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	

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.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 12/04/2026, el empleador ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA identificado con NIT número 901033403 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10215125	12/04/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1006639356	MIREYAPAOLA PUSHAINA JUSAYU	1750905	ASISTENTE DE SERVICIOS GENERALES	2026-03-13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Abril del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 12/04/2026, el empleador ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA identificado con NIT número 901033403 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10215130	12/04/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1119697685	EDUARDAVID BENJUMEA BENJUMEA	1750905	ASISTENTE DE SERVICIOS GENERALES	2026-03-13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Abril del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 12/04/2026, el empleador ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA identificado con NIT número 901033403 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10215127	12/04/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1124376040	ADOLFOJOEL GUARIYU LOPEZ	1750905	ASISTENTE DE SERVICIOS GENERALES	2026-03-13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Abril del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 12/04/2026, el empleador ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA identificado con NIT número 901033403 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10215132	12/04/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1124369577	MARIACAMILA APSHANA IPUANA	1750905	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	2026-03-13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Abril del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **CRISTIAN CAMILO RODRIGUEZ CHOLES** identificado con **CC** No. **1118865950,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MILENA ZAYNE REDONDO EPINAYU** identificado con **CC** No. **40932176,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **CARMEN ELENA REDONDO PUSHAINA** identificado con **CC** No. **1119698388,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FIRMA

LRS_4_1_1_FR15 v_010

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **VICTOR ARMANDO PULIDO REDONDO** identificado con **CC** No. **1118870212,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AAS_4.2.2_FR15 v_010

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MARIA CAMILA APSHANA IPUANA** identificado con **CC** No. **1124369577,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MARIA DEL CARMEN SANCHEZ IPUANA** identificado con **CC** No. **1192813883,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **YUSELIS IPUANA PUSHAINA** identificado con **CC** No. **1118809731,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MIREYA PAOLA PUSHAINA JUSAYU** identificado con **CC** No. **1006639356,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MAURA MARIA PUSHAINA PUSHAINA** identificado con **CC** No. **1149446930,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JOSE VENTURA GUTIERREZ REDONDO** identificado con **CC** No. **84080394,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **DAVID ELIAS CASTILLOS DEVOZ** identificado con **CC** No. **1006639702,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ADOLFO JOEL GUARIYU LOPEZ** identificado con **CC** No. **1124376040,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **EDUAR DAVID VENJUMEA VENJUMEA** identificado con **CC** No. **1119697685,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **YONIER DE JESUS BARRETO QUINTERO** identificado con **CC** No. **1118807943,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MAYERLI PUSHAINA PUSHAINA** identificado con **CC** No. **1006638932,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MS_4.1.3_FR1 v.010

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **AGRIPINA DEL CAMEN GONZALEZ GOMEZ** identificado con **CC** No. **27024789,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **YERSON DE JESUS LUBO EPIAYU** identificado con **CC** No. **1118827758,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **YANIRIS AMPARO DE LUQUE URIANA** identificado con **CC** No. **1006577339,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LUISA FERNANDA DE LA BARREIRA MARTINEZ** identificado con **CC** No. **1118860924,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ANA KARINA HERRERA CUADRADO** identificado con **CC** No. **1118873743,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **NATALIA CRISTINA CASTILLOS REDONDO** identificado con **CC** No. **1118827538,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JUAN PEDRO EPINAYU LARA** identificado con **CC** No. **1118801894,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ROSA MARIA SOCARRAS DE LA VEGA** identificado con **CC** No. **1032386021,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA **NIT: 901033403**	**Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Tipo Vinculación: DEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **DAYANA PAOLA AVILA PALMEZANO** identificado con **CC** No. **1006617653,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante
ORGANIZACION ANAINJAT WAKUAIPA
NIT: 901033403

Datos de la Relación Laboral
Fecha de inicio de cobertura: 13/02/2026
Estado Afiliación: ACTIVO
Tipo Vinculación: DEPENDIENTE
Clase de Riesgo: 2

Esta certificación se expide en la ciudad de Riohacha. a los 13 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Elaboro EDF

MIS_4_1_3_FR35 v_010

ORGANIZACIÓN INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA
NIT. 901.033.403-5

CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

De un lado, MARELEIDA TORRES BLANCHAR, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 40.924.955, Contadora de la ORGANIZACIÓN INDÍGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA y; de otro lado, **YEIMIS MENDOZA BRITO, C.C. No. 1.118.818.972, Representante Legal de la Organización Indígena Wayuu Anainjat Wakuaipa**, nos permitimos realizar las siguientes declaraciones:

1. Certificar que, en lo que corresponde, se han efectuado los pagos por concepto de aportes correspondientes a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensión y demás aportes establecidos en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, cuando ha sido el caso, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley 1607 de 2012, durante los últimos seis (6) meses.

2. Certificar que, en lo que corresponde, se han efectuado el pago de los aportes correspondientes a cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses.

3. Certificar que hemos realizado el pago de los aportes correspondientes a la nómina de los últimos seis (6) meses, en los eventos en los que se ha causado la obligación.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 2 de la Ley 1150 de 2007 y 828 de 2003.

Dada en Riohacha, La Guajira, a los veintisiete (27) días del mes de febrero de 2026.

MARELEIDA TORRES BLANCHAR
C.C 40.924.955
Contadora - Tarjeta Profesional No 159420-T

Yeimis Mendoza
YEIMIS MENDOZA BRITO
C.C. No. 1.118.818.972
Representante Legal
Organización Indígena Wayuu Anainjat Wakuaipa

Res. Rizzia Las Delicias Km 3 vía Riohacha – Santa Marta
Cel. 3016091204
Riohacha, La Guajira