GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Código: AS-FR-
Versión: 03
Vigencia: 06/1

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. de oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pens

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres		
Primer Apellido: ORBES	Segundo Apellido: SANCHEZ	Primer Nombre: Lizeth

9. Tipo de Documento de Identidad	10. Número del documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	1087001165	Femenino [X] Masculino [ ]	F X T [

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de Nacimien
	País	Departamento	Municipio	DD MM AAAA
Colombiana	Colombia	Nariño	pasto	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad
N / A		Sí [ ] No [X]	

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

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

26. Residencia			
Dirección: Dg. 46A Sur #51D-83	Teléfono Fijo:	Telefono Celular: 3147983450	Correo electrónico: margaritaorbes@gmail.com

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
Bogota D.C.	Bogota D.C.	Tunjuelito	Cabecera Municipal [X] Resto Rural [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres		
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre

28. Tipo de Documento de Identidad	29. Número del documento de Identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificació
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de
	País	Departamento	Municipio	DD MM

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

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

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

Datos complementarios 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	
					Sí	No	Nivel	Grupo	Sí	No	Categoria discapacidad	Sí	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	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 Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación

59. Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o Celular	Correo electrónico	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Correción de datos básicos de identificación..
- ☐ 3. Actualización del documento de identificación.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.

60. Tipo de Novedad

- ☐ 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.

☐ 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 relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

☐ 11.Inscripción EPS retorno al país.

☐ 15. Traslado: ☐ B. Régimen Subsidiado. ☐ 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 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 identificacion F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual?	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de la novedad	67. Motivo traslado Código	68. Caja de Compens

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 d

☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servici

☐ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza e familia y de sus beneficiarios o a

☐ 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 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 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

Firma en 8.

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

81. Aportante o entidad responsable de

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	S
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 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, sentecnia judicial que declare la separación de cuerpos y escrit 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 cotiz 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 arciculo 2.1.7.3 del Decreto 7
- ☐ 90. Certificado 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 afili oficio.

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

92. Identificación del Ente 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
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES :

ContributivoRecuerde 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

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Ing. Jhon Bastidas Coord. De Afiliaciones y Admon de BD	Ing. Diana Quenán Coord. Sistemas Integrados de Gestión	Dr. Luis Fernan Gerente Gener

Las Modificaciones al Formato No Son Válidas Sin Aprobación. (Firmas En Formato Original.

Gmail **Margarita Orbes <margaritaorbes@gmail.com>**

SOLICITUD DE AFILIACION COMO INDENDIENTE

1 mensaje

Margarita Orbes <margaritaorbes@gmail.com> 30 de junio de 2026 a las 15:38
Para: bogota <bogota@mallamaseps.com>

Buen dia,
remito amablemente se me haga el cambio de dependiente a independiente
agradezco su colaboracion

--
ATENTAMENTE;

MARGARITA ORBES S.
Cel. 3147981450

3 adjuntos

A. CEDULA DE CIUDADANIA.pdf
41K

I. RUT.pdf
916K

FORMULARIO DE AFILIACION INDEPENDIENTE.pdf
267K

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LIZETH MARGARITA ORBES SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.087.007.165**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Junio del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.