

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)  
SANDRA LILIANA LOPEZ OLAVE  
C - 65755344

**Referencia:** certificado radicación de afiliación  
**Formulario No.:** 4016927393  
**Fecha Radicación:** 06/09/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido          | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|----------------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| SANDRA LILIANA LOPEZ OLAVE | C                | 06/28/1972                    | COTIZANTE  | F    |                   |

#### **Información Afiliación**

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 07/09/2026 (sujeto a autorización de traslado)

#### **Información Laboral**

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/03/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                      | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|------------------------------------------|------|
| Documento de identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajudicial de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada período escolar) | F    | Certificado de incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica     | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje            | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | 1    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                        | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)  
YAMILE MOSQUERA TRUJILLO  
C - 65748633

**Referencia:** certificado radicación de afiliación  
**Formulario No.:** 4017071995  
**Fecha Radicación:** 06/18/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido        | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|--------------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| YAMILE MOSQUERA TRUJILLO | C                | 08/10/1968                    | COTIZANTE  | F    |                   |

#### **Información Afiliación**

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 08/02/2026 (sujeto a autorización de traslado)

#### **Información Laboral**

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/01/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

## Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                   | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|---------------------------------------|------|
| Documento de Identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajulio de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar) | F    | Certificado de incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica  | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje         | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | I    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                     | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)  
MARLENY FERREIRA DIAZ  
C - 65775073

**Referencia:** certificado radicación de afiliación  
**Formulario No.:** 4016927364  
**Fecha Radicación:** 06/09/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido     | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|-----------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| MARLENY FERREIRA DIAZ | C                | 12/02/1973                    | COTIZANTE  | F    |                   |

#### **Información Afiliación**

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 07/09/2026 (sujeto a autorización de traslado)

#### **Información Laboral**

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/01/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                    | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------|
| Documento de identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajuicio de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar) | F    | Certificado de incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica   | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje          | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | 1    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                      | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)  
SANDRA MARITZA QUIMBAYO CASALLAS  
C - 28542618

**Referencia:** certificado radicación de afiliación  
**Formulario No.:** 4016927322  
**Fecha Radicación:** 06/09/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido                | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|----------------------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| SANDRA MARITZA QUIMBAYO CASALLAS | C                | 02/05/1977                    | COTIZANTE  | F    |                   |

#### **Información Afiliación**

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 07/09/2026 (sujeto a autorización de traslado)

#### **Información Laboral**

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/01/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                    | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------|
| Documento de identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajuicio de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar) | F    | Certificado de Incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica   | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje          | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | 1    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                      | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)

PAOLA ANDREA ASTUDILLO LIZ

C - 1004249909

**Referencia:** certificado radicación de afiliación

**Formulario No.:** 4016927252

**Fecha Radicación:** 06/09/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido          | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|----------------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| PAOLA ANDREA ASTUDILLO LIZ | C                | 12/24/2002                    | COTIZANTE  | F    |                   |

**Información Afiliación**

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 07/09/2026 (sujeto a autorización de traslado)

**Información Laboral**

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/01/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                    | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------|
| Documento de identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajuicio de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar) | F    | Certificado de incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica   | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje          | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | 1    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                      | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)  
MERCEDES CARDOZO CASTAÑEDA  
C - 38263424

**Referencia:** certificado radicación de afiliación  
**Formulario No.:** 4016927224  
**Fecha Radicación:** 06/09/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido          | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|----------------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| MERCEDES CARDOZO CASTAÑEDA | C                | 05/01/1960                    | COTIZANTE  | F    |                   |

#### Información Afiliación

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 07/09/2026 (sujeto a autorización de traslado)

#### Información Laboral

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/01/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                    | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------|
| Documento de identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajuicio de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada período escolar) | F    | Certificado de Incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica   | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje          | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | 1    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                      | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)  
CLAUDIA PATRICIA PERDOMO DIAZ  
C – 65633466

**Referencia:** certificado radicación de afiliación  
**Formulario No.:** 4016927116  
**Fecha Radicación:** 06/09/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido             | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|-------------------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| CLAUDIA PATRICIA PERDOMO DIAZ | C                | 04/18/1985                    | COTIZANTE  | F    |                   |

#### **Información Afiliación**

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 07/09/2026 (sujeto a autorización de traslado)

#### **Información Laboral**

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/01/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                    | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------|
| Documento de Identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajuicio de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar) | F    | Certificado de Incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica   | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje          | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | 1    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                      | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

# Salud Total

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)

MARIA CAMILA PRADA BEDOYA

C - 1110568821

**Referencia:** certificado radicación de afiliación

**Formulario No.:** 4016927083

**Fecha Radicación:** 06/09/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido         | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|---------------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| MARIA CAMILA PRADA BEDOYA | C                | 03/09/1996                    | COTIZANTE  | F    |                   |

## Información Afiliación

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 07/09/2026 (sujeto a autorización de traslado)

## Información Laboral

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/01/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                    | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------|
| Documento de identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajuicio de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar) | F    | Certificado de incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica   | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje          | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | 1    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                      | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)  
JOHANNA TATIANA CIFUENTES LOPEZ  
C - 1110491169

**Referencia:** certificado radicación de afiliación  
**Formulario No.:** 4016927074  
**Fecha Radicación:** 06/09/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido               | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|---------------------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| JOHANNA TATIANA CIFUENTES LOPEZ | C                | 12/04/1989                    | COTIZANTE  | F    |                   |

#### **Información Afiliación**

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 07/09/2026 (sujeto a autorización de traslado)

#### **Información Laboral**

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/01/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados.

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                    | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------|
| Documento de Identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajuicio de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar) | F    | Certificado de Incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica   | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje          | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | 1    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                      | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

# Salud Total

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)  
NELSON ENRIQUE TRUJILLO BONILLA  
C - 93402571

**Referencia:** certificado radicación de afiliación  
**Formulario No.:** 4017072007  
**Fecha Radicación:** 06/18/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido               | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|---------------------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| NELSON ENRIQUE TRUJILLO BONILLA | C                | 11/25/1976                    | COTIZANTE  | M    |                   |

## Información Afiliación

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 08/02/2026 (sujeto a autorización de traslado)

## Información Laboral

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/01/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                    | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------|
| Documento de Identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajuicio de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar) | F    | Certificado de incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica   | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje          | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | 1    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                      | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)  
FLOR YANURY DELGADO BLANDON  
C - 65792454

**Referencia:** certificado radicación de afiliación  
**Formulario No.:** 4017072019  
**Fecha Radicación:** 06/18/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido           | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|-----------------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| FLOR YANURY DELGADO BLANDON | C                | 05/20/1972                    | COTIZANTE  | F    |                   |

#### Información Afiliación

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 08/03/2026 (sujeto a autorización de traslado)

#### Información Laboral

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/01/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                    | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------|
| Documento de identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajuicio de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar) | F    | Certificado de incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica   | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje          | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | 1    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                      | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)  
LUISA FERNANDA GARCIA GARCIA  
C - 1006130901

**Referencia:** certificado radicación de afiliación  
**Formulario No.:** 4017072008  
**Fecha Radicación:** 06/18/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido            | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|------------------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| LUISA FERNANDA GARCIA GARCIA | C                | 08/04/1995                    | COTIZANTE  | F    |                   |

#### **Información Afiliación**

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 08/02/2026 (sujeto a autorización de traslado)

#### **Información Laboral**

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/01/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                    | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------|
| Documento de identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajuicio de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada período escolar) | F    | Certificado de incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica   | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje          | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | 1    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                      | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)  
DORIS YANETH ARAQUE SANTIAGO  
C - 1110456581

**Referencia:** certificado radicación de afiliación  
**Formulario No.:** 4017072017  
**Fecha Radicación:** 06/18/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido            | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|------------------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| DORIS YANETH ARAQUE SANTIAGO | C                | 12/26/1981                    | COTIZANTE  | F    |                   |

#### Información Afiliación

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 08/03/2026 (sujeto a autorización de traslado)

#### Información Laboral

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/01/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                    | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------|
| Documento de identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajuicio de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada período escolar) | F    | Certificado de incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica   | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje          | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | 1    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                      | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)  
LUZ ANGELA CARDOZO ESPITIA  
C - 65730801

**Referencia:** certificado radicación de afiliación  
**Formulario No.:** 4017072005  
**Fecha Radicación:** 06/18/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido          | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|----------------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| LUZ ANGELA CARDOZO ESPITIA | C                | 06/21/1966                    | COTIZANTE  | F    |                   |

#### **Información Afiliación**

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 08/02/2026 (sujeto a autorización de traslado)

#### **Información Laboral**

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/01/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                    | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------|
| Documento de Identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajuicio de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada período escolar) | F    | Certificado de Incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica   | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje          | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | 1    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                      | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)  
FELIX EDUARDO OSORIO BOTERO  
C - 13990579

**Referencia:** certificado radicación de afiliación  
**Formulario No.:** 4017072021  
**Fecha Radicación:** 06/19/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido           | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|-----------------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| FELIX EDUARDO OSORIO BOTERO | C                | 02/20/1972                    | COTIZANTE  | M    |                   |

#### Información Afiliación

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 08/03/2026 (sujeto a autorización de traslado)

#### Información Laboral

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/01/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

# SaludTotal<sup>®</sup>

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                      | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|------------------------------------------|------|
| Documento de identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajudicial de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar) | F    | Certificado de incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica     | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje            | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | 1    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                        | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)  
MARTHA ISABEL ALVAREZ RIOS  
C - 65756950

**Referencia:** certificado radicación de afiliación  
**Formulario No.:** 4016927067  
**Fecha Radicación:** 06/09/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido          | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|----------------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| MARTHA ISABEL ALVAREZ RIOS | C                | 07/16/1973                    | COTIZANTE  | F    |                   |

#### **Información Afiliación**

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 07/09/2026 (sujeto a autorización de traslado)

#### **Información Laboral**

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/01/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                    | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------|
| Documento de identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajuicio de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar) | F    | Certificado de Incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica   | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje          | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | 1    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                      | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)  
LINA ALEJANDRA VARON GONZALEZ  
C - 1110446272

Referencia: certificado radicación de afiliación  
Formulario No.: 4016927059  
Fecha Radicación: 06/09/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido             | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|-------------------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| LINA ALEJANDRA VARON GONZALEZ | C                | 08/25/2000                    | COTIZANTE  | F    |                   |

#### Información Afiliación

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 07/09/2026 (sujeto a autorización de traslado)

#### Información Laboral

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/01/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                    | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------|
| Documento de identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajuicio de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar) | F    | Certificado de incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica   | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje          | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | 1    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                      | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)  
ANGIE XIOMARA ALZATE MONTAÑEZ  
C - 1006124415

**Referencia:** certificado radicación de afiliación  
**Formulario No.:** 4016927052  
**Fecha Radicación:** 06/09/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido             | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|-------------------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| ANGIE XIOMARA ALZATE MONTAÑEZ | C                | 06/29/2002                    | COTIZANTE  | F    |                   |

#### **Información Afiliación**

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 07/09/2026 (sujeto a autorización de traslado)

#### **Información Laboral**

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/01/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                    | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------|
| Documento de identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajuicio de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar) | F    | Certificado de incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica   | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje          | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | 1    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                      | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)  
YULY BIVIANA CARDOZO GUTIERREZ  
C - 1110455880

**Referencia:** certificado radicación de afiliación  
**Formulario No.:** 4016927043  
**Fecha Radicación:** 06/09/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido              | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|--------------------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| YULY BIVIANA CARDOZO GUTIERREZ | C                | 08/01/1993                    | COTIZANTE  | F    |                   |

#### **Información Afiliación**

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 07/09/2026 (sujeto a autorización de traslado)

#### **Información Laboral**

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/01/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                   | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|---------------------------------------|------|
| Documento de identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajulio de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar) | F    | Certificado de incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica  | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje         | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | 1    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                     | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

# SaludTotal

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)  
NORMA LILIANA MIRQUEZ LOPEZ  
C - 38144037

**Referencia:** certificado radicación de afiliación  
**Formulario No.:** 4016926969  
**Fecha Radicación:** 06/09/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido           | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|-----------------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| NORMA LILIANA MIRQUEZ LOPEZ | C                | 06/19/1980                    | COTIZANTE  | F    |                   |

## **Información Afiliación**

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 07/09/2026 (sujeto a autorización de traslado)

## **Información Laboral**

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/01/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

# Salud Total

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                    | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------|
| Documento de Identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajuicio de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar) | F    | Certificado de incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica   | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje          | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | 1    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                      | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)  
NANCY LOZADA CRUZ  
C - 65771561

**Referencia:** certificado radicación de afiliación  
**Formulario No.:** 4016926954  
**Fecha Radicación:** 06/09/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|-------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| NANCY LOZADA CRUZ | C                | 11/30/1970                    | COTIZANTE  | F    |                   |

#### **Información Afiliación**

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 07/09/2026 (sujeto a autorización de traslado)

#### **Información Laboral**

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/01/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                    | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------|
| Documento de identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajuicio de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar) | F    | Certificado de incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica   | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje          | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | 1    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                      | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)  
JANNETH LOAIZA SANCHEZ  
C - 28549150

**Referencia:** certificado radicación de afiliación  
**Formulario No.:** 4016926945  
**Fecha Radicación:** 06/09/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido      | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|------------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| JANNETH LOAIZA SANCHEZ | C                | 01/18/1980                    | COTIZANTE  | F    |                   |

#### **Información Afiliación**

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 07/09/2026 (sujeto a autorización de traslado)

#### **Información Laboral**

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/01/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copla de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

# Salud Total

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                    | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------|
| Documento de identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajuicio de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar) | F    | Certificado de incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica   | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje          | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | 1    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                      | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

Bogotá, 03/07/2026

Señor(a)  
JULIETH KATHERIN BETANCOURTH ROJAS  
C - 1110545378

**Referencia:** certificado radicación de afiliación  
**Formulario No.:** 4016926891  
**Fecha Radicación:** 06/09/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa SERVICIOS EMPRESARIALES SYK SAS N 900789555, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de \$ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido                  | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|------------------------------------|------------------|-------------------------------|------------|------|-------------------|
| JULIETH KATHERIN BETANCOURTH ROJAS | C                | 03/01/1994                    | COTIZANTE  | F    |                   |

#### **Información Afiliación**

EPS Anterior: NINGUNA

Posible inicio vigencia afiliación: 07/09/2026 (sujeto a autorización de traslado)

#### **Información Laboral**

Dirección Empleador: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Dirección Laboral: AV MIROLINDO N 60 CL 3 44

Fondo de Pensiones:

Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 06/01/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación**. Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co). Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) MAYERLY OBANDO ARIAS Código: F934, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos                                         | Cod. | Documentos exigidos                     | Cod. | Documentos exigidos                    | Cod. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------|
| Documento de identidad                                      | A    | Registro civil de matrimonio            | B    | Declaración extrajuicio de convivencia | C    |
| Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar) | F    | Certificado de incapacidad permanente   | G    | Certificado de dependencia económica   | H    |
| Registro civil prueba de parentesco                         | S    | Carta certificación representante legal | T    | Carta contrato de aprendizaje          | W    |
| AFP para cotizantes cooperativas                            | 1    | ARP para cotizantes cooperativas        | 2    | Certificación ARP                      | 11   |

Cordialmente,

## GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

(Las instrucciones que se encuentran al respecto antes de diligenciar este formulario)

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

|                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                      |                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Tipo de Trámite<br>A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades                                                                                                               | 2. Tipo de Afiliación<br>A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. De Otros <input type="checkbox"/><br>D. Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/> E. Institucional <input type="checkbox"/> | 3. Régimen<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidado <input type="checkbox"/> | 4. Contribución Solidaria<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. Tipo de Afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/> | 6. Tipo de Cotizante<br>A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>                                                                                                                                      | 7. Código<br>(se registra por la EPS)                                                                |                                                                                      |

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

|                                                                                                                   |                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: ALVAREZ Segundo Apellido: RIOS Primer Nombre: CRISTINA Segundo Nombre: |                                                                                                                                                    |
| 9. Tipo de documento de identidad<br>CC                                                                           | 10. Número del documento de identidad<br>28548255                                                                                                  |
| 11. Sexo biológico<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>             | 12. Sexo identificación<br>F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> |
| 13. Nacionalidad<br>COLOMBIANO                                                                                    | 14. Fecha de nacimiento<br>08/3/1979                                                                                                               |
| 15. Lugar de nacimiento<br>País: COLOMBIA Departamento: Municipio:                                                |                                                                                                                                                    |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

|                                                                     |               |                                                                             |                                                                                   |                                                                                          |                                   |
|---------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 16. Etnia                                                           | 17. Comunidad | 18. Discapacidad<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 19. Tíempo en el SIBEN<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 20. Clasificación SIBEN<br>Nivel: Grupo:                                                 | 21. Grupo de población especial   |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br>SURA               |               | 23. Administradora de Pensiones<br>PORVENIR                                 |                                                                                   | 24. Ingreso base de cotización - IBC<br>1.750.905                                        | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
| 26. Residencia Dirección: CALLE 23 SUR 23-55 MIRAMAR Teléfono fijo: |               |                                                                             |                                                                                   |                                                                                          |                                   |
| Teléfono Celular<br>3202244683                                      |               | Correo Electrónico<br>cristinaalvarezrios23@gmail.com                       |                                                                                   |                                                                                          |                                   |
| Departamento<br>TOLIMA                                              |               | Municipio / Distrito<br>IBAGUE                                              |                                                                                   | Localidad / Correo<br>Zona: Cabecera Municipal Rural Chorrera Centro Urbano Puesto Rural |                                   |

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

(Datos básicos de identificación del Grupo y beneficiario(s) permanente del cotizante)

|                                                                                              |                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 27. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: |                                                                                                                                         |
| 28. Tipo de documento de identidad                                                           | 29. Número del documento de identidad                                                                                                   |
| 30. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>   | 31. Sexo identificación<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> |
| 32. Nacionalidad                                                                             | 33. Fecha de nacimiento                                                                                                                 |
| 34. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio:                                    |                                                                                                                                         |

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

|                                                                                                                                         |                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 35. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:                                            |                                                                                            |
| 36. Tipo de documento de identidad                                                                                                      | 37. Número del documento de identidad                                                      |
| 38. Nacionalidad                                                                                                                        | 39. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |
| 40. Sexo identificación<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> | 41. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio:                                  |
| 42. Fecha de nacimiento                                                                                                                 |                                                                                            |

**Datos complementarios del beneficiario**

|             |           |               |                                 |                                                                                   |                                          |                                                                             |                                                                                       |
|-------------|-----------|---------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 43. Pensión | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tíempo en el SIBEN<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 48. Clasificación SIBEN<br>Nivel: Grupo: | 49. Discapacidad<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 50. Incapacidad permanente<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 51          | 52        | 53            | 54                              | 55                                                                                | 56                                       | 57                                                                          | 58                                                                                    |

**51. Datos de residencia**

|              |                      |      |                           |                                                              |
|--------------|----------------------|------|---------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Departamento | Municipio / Distrito | Zona | Teléfono fijo y/o celular | 52. Valor de la UVC del<br>SIBEN y/o SIBEN a tener en cuenta |
| 51           | 52                   | 53   | 54                        | 55                                                           |

|                    |               |
|--------------------|---------------|
| Localidad / Correo | Centro Urbano |
| 51                 | 52            |
| 53                 | 54            |
| 55                 | 56            |

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

|                                                                                                                            |                                      |                                            |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO |                                      |                                            |                                                                       |
| 55. Nombre o razón social                                                                                                  | 56. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (se registra por la EPS) |
| SERVICIOS EMPRESARIALES SYK                                                                                                | NIT                                  | 900789555-7                                |                                                                       |
| 59. Ubicación                                                                                                              | 60. Tipo de novedad                  |                                            | 61. Teléfono fijo o Celular                                           |
| AVENIDA MIROUNDO 6-344                                                                                                     |                                      |                                            | 3108965249                                                            |
| Correo Electrónico                                                                                                         | Departamento                         | Municipio / Distrito                       |                                                                       |
| auxgestionhumanaaseototal5@gmail.com                                                                                       | TOLIMA                               | IBAGUÉ                                     |                                                                       |

|                                                                                                                     |                                                                                                                                |                                                                                                              |                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 60. Tipo de Novedad                                                                                                 |                                                                                                                                | 61. Tipo de Novedad                                                                                          |                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.                                        | <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.                       | <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. | <input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.                                          | <input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen | <input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cónyuge de familia.                    | <input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al pensionado.                                                           |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.                                          | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.                                                          | <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.                                            | <input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.                                    | <input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.                                                                 |                                                                                                              |                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: _____                                  |                                                                                                                                |                                                                                                              |                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código: _____                                   |                                                                                                                                |                                                                                                              |                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  |                                                                                                                                |                                                                                                              |                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  |                                                                                                                                |                                                                                                              |                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.                   |                                                                                                                                |                                                                                                              |                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. |                                                                                                                                |                                                                                                              |                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.                                                       |                                                                                                                                |                                                                                                              |                                                                                                                                         |

|                                                    |                      |                         |                                                          |
|----------------------------------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------|
| VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA MONEDAD |                      |                         |                                                          |
| 62. Datos básicos de identificación                | 63. Sexo biológico   | 64. Sexo identificación | 65. Fecha de nacimiento                                  |
| Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____     | Femenino Masculino   | F M T NE Otro           | DD MM AAAA                                               |
| 66. EPS anterior                                   | 67. Fecha de novedad | 68. Motivo de traslado  | 69. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|                                                    | DD / 1/6/2026 AAAA   | Código: _____           |                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Cesación.<br><input type="checkbox"/> 71. Declaración de existencia de ruidos de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario.<br><input type="checkbox"/> 72. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adscritos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.<br><input type="checkbox"/> 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la Historia Clínica del afiliado o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 74. Autorización para que la EPS registre la información que se genera 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.<br><input type="checkbox"/> 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 1601 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.<br><input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.<br><input type="checkbox"/> 77. Autorización de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.<br><input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Dólar 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 |
|                                                                                                                                                               |                  |               |                |

|                                                                                            |  |                                                                                           |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| IX. FIRMA                                                                                  |  | X. ANEXOS                                                                                 |  |
| 80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cede su aplicación o afiliado adicional |  | 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio |  |
| Cristina Alvarez                                                                           |  | [Firma]                                                                                   |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                  |              |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------|----|
| X. ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  | Total Anexos |    |
| <input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad                                                                                                                                                                                                             | Cantidad de documentos de identidad anejados: CN | EC           | TS |
| <input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.                                                                                                                                                                  | CO                                               | CE           | PA |
| <input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.                                                                                                         | CO                                               | CE           | PA |
| <input type="checkbox"/> 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. | CO                                               | CE           | PA |
| <input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.                                                                                                                                                                                     | CO                                               | CE           | PA |
| <input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.                                                                                                                                                                                  | CO                                               | CE           | PA |
| <input type="checkbox"/> 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración sujeta por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.                                                                | CO                                               | CE           | PA |
| <input type="checkbox"/> 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 760 de 2018.                                                                                                | CO                                               | CE           | PA |
| <input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.                                                                                                                                                       | CO                                               | CE           | PA |
| <input type="checkbox"/> 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.                                                                                        | CO                                               | CE           | PA |

|                                                                                     |                      |                              |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------|--|
| XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL |                      | 93. Nombre de la Institución |  |
| 92. Identificación de la Entidad Territorial                                        | Código del municipio |                              |  |

|                                                                                                            |                           |                        |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|-------------------------|
| XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL |                           |                        |                         |
| 94. Apellidos y nombres                                                                                    | 95. Firma del funcionario | 96. Fecha de redacción | 97. Fecha de validación |
| Primer Apellido                                                                                            | Segundo Apellido          | Primer Nombre          | Segundo Nombre          |
|                                                                                                            |                           |                        |                         |

|                                    |                                       |                        |                         |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|-------------------------|
| 98. Tipo de documento de identidad | 99. Número del documento de identidad | 96. Fecha de redacción | 97. Fecha de validación |
|                                    |                                       | DD MM AAAA             | DD MM AAAA              |

|                |  |  |  |
|----------------|--|--|--|
| OBSERVACIONES: |  |  |  |
|                |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                 |                    |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|
| Recuerda que con la firma del funcionario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario |                    |                      |
| Cod. identificación y nombre del Ejecutor Municipal                                                                                                                             | Sello de Redacción | Órgano procesamiento |
|                                                                                                                                                                                 |                    |                      |

(Las las instrucciones que se encuentran al respecto antes de diligenciar este formulario)

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

|                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                       |  |                                                                                      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Tipo de Trámite<br>A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Registro de Novedades                                                                                                              |  | 2. Tipo de Afiliación<br>- Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> A. Individual<br>- Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/> C. Institucional |  | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/> C. De Oficio |  | 4. Contribución solidaria<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |
| 5. Tipo de Afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/> |  | 6. Tipo de Cotizante<br>A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>                                 |  | 7. Código<br>de registro por la EPS                                                                                   |  |                                                                                      |  |

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

|                                                                                                       |                                                          |                                                                                                       |                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: <b>ROJAS</b> Segundo Apellido: <b>JARAMILLO</b>            |                                                          | Primer Nombre: <b>MARTHA</b> Segundo Nombre: <b>LUCIA</b>                                             |                                                                                                                                                                                  |
| 9. Tipo de documento de identidad<br><b>CC</b>                                                        | 10. Número del documento de identidad<br><b>65714941</b> | 11. Sexo biológico<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 12. Sexo identificación<br>F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> |
| 13. Nacionalidad<br><b>COLOMBIANO</b>                                                                 |                                                          | 14. Fecha de nacimiento<br><b>11/12/1989</b>                                                          |                                                                                                                                                                                  |
| 15. Lugar de nacimiento<br>País: <b>COLOMBIA</b> Departamento: <b>IBAGUE</b> Municipio: <b>IBAGUE</b> |                                                          | 16. Fecha de radicación<br><b>01/01/2016</b>                                                          |                                                                                                                                                                                  |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

|                                                              |  |                                                                                                                  |  |                                                                   |  |                                         |  |                                 |  |
|--------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| 17. Etnia                                                    |  | 18. Discapacidad<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Categoría de discapacidad |  | 19. Tiene encuesta SISBEN                                         |  | 20. Clasificación SISBEN<br>Nivel Grupo |  | 21. Grupo de población especial |  |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br><b>SURA</b> |  | 23. Administradora de Pensiones<br><b>PROTECCIÓN</b>                                                             |  | 24. Ingreso base de cotización - IBC<br><b>1.750.905</b>          |  | 25. Tarifa Contribución Solidaria       |  |                                 |  |
| 26. Residencia<br><b>MZ 1 CASA 13 PEDREGAL</b>               |  | Teléfono fijo                                                                                                    |  |                                                                   |  |                                         |  |                                 |  |
| 3156497901                                                   |  | Correo Electrónico: <b>rojas1971malu@hotmail.com</b>                                                             |  |                                                                   |  |                                         |  |                                 |  |
| Departamento: <b>TOLIMA</b> Municipio: <b>IBAGUE</b>         |  | Localidad / Correo                                                                                               |  | Corte: Urbana Municipal Rural Dispersa Centro Poblado Resto Rural |  |                                         |  |                                 |  |

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

|                                                                                              |                                                           |                                          |                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
| 27. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: |                                                           |                                          |                                          |
| 28. Tipo de documento de identidad                                                           | 29. Número del documento de identidad                     | 30. Sexo biológico<br>Femenino Masculino | 31. Sexo identificación<br>F M T NS Otro |
| 32. Nacionalidad                                                                             | 33. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 34. Fecha de nacimiento                  |                                          |

|                                                                                              |                                                           |                         |                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------|
| 35. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: |                                                           |                         |                                          |
| 36. Tipo de documento de identidad                                                           | 37. Número del documento de identidad                     | 38. Nacionalidad        | 39. Sexo biológico<br>Femenino Masculino |
| 40. Sexo identificación<br>F M T NS Otro                                                     | 41. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 42. Fecha de nacimiento |                                          |

|                                    |                                       |                  |                                          |                                          |                                                           |                         |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------|
| 43. Tipo de documento de identidad | 44. Número del documento de identidad | 45. Nacionalidad | 46. Sexo biológico<br>Femenino Masculino | 47. Sexo identificación<br>F M T NS Otro | 48. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 49. Fecha de nacimiento |
| 50. Tipo de documento de identidad | 51. Número del documento de identidad | 52. Nacionalidad | 53. Sexo biológico<br>Femenino Masculino | 54. Sexo identificación<br>F M T NS Otro | 55. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 56. Fecha de nacimiento |

|                                            |                                         |                                                                                                                  |                                                                                                  |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 57. Datos complementarios del beneficiario |                                         |                                                                                                                  |                                                                                                  |
| 43. Pertenencia                            | 44. Etnia                               | 45. Comunidad                                                                                                    | 46. Grupo de población especial                                                                  |
| 47. Tiene encuesta SISBEN                  | 48. Clasificación SISBEN<br>Nivel Grupo | 49. Discapacidad<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Categoría de discapacidad | 50. Incapacidad permanente<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |

|                                                                                      |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 51. Datos de radicación<br>Departamento: Municipio: Distrito:                        |                                                                                      | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional a miembros de la EPS                      |                                                                                      |
| 53. Tipo de radicación<br>Urbana Municipal Rural Dispersa Centro Poblado Resto Rural | 54. Tipo de radicación<br>Urbana Municipal Rural Dispersa Centro Poblado Resto Rural | 55. Tipo de radicación<br>Urbana Municipal Rural Dispersa Centro Poblado Resto Rural | 56. Tipo de radicación<br>Urbana Municipal Rural Dispersa Centro Poblado Resto Rural |

|                                                                                      |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 57. Datos de radicación<br>Departamento: Municipio: Distrito:                        |                                                                                      | 58. Tipo de radicación<br>Urbana Municipal Rural Dispersa Centro Poblado Resto Rural |                                                                                      |
| 59. Tipo de radicación<br>Urbana Municipal Rural Dispersa Centro Poblado Resto Rural | 60. Tipo de radicación<br>Urbana Municipal Rural Dispersa Centro Poblado Resto Rural | 61. Tipo de radicación<br>Urbana Municipal Rural Dispersa Centro Poblado Resto Rural | 62. Tipo de radicación<br>Urbana Municipal Rural Dispersa Centro Poblado Resto Rural |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLE DEL PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                    |
| 55. Nombre en razón social<br><b>SERVICIOS EMPRESARIALES SYK</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 56. Tipo documento de identificación<br><b>NIT</b>              | 57. Número del documento de identificación<br><b>900789555-7</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 58. Tipo de aporte o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
| 59. Ubicación<br>Dirección: <b>AVENIDA MIROLINDO 6-344</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Correo Electrónico: <b>auxgestionhumanaaseototal5@gmail.com</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Teléfono fijo o Celular: <b>3108965249</b>                         |
| Departamento: <b>TOLIMA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 | Municipio / Distrito: <b>IBAGUE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |
| 60. Tipo de Morosidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.<br><input type="checkbox"/> 4. Actualización y conexión de datos complementarios.<br><input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código: <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para estar.<br><input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.<br><input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país. |                                                                 | <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 14. Morosidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado<br><input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen<br><input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cónyuge de familia.<br><input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al presente.<br><input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Psa. pensionado.<br><input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.<br><input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.<br><input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria. |                                                                    |

|                                                      |                                            |                                  |                                                          |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------|
| VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN REPORTE DE LA MOROSIDAD |                                            |                                  |                                                          |
| 61. Datos básicos de identificación                  |                                            |                                  |                                                          |
| Primer Apellido                                      | Segundo Apellido                           | Primer Nombre                    | Segundo Nombre                                           |
|                                                      |                                            |                                  |                                                          |
| 62. Sexo biológico<br>Femenino Masculino             | 63. Sexo identificación<br>F M T NB Ory    | Cui                              | 64. Fecha de nacimiento<br>D D M M A A A A               |
| 65. EPS anterior                                     | 66. Fecha de cotización<br>D D M M A A A A | 67. Motivo de traslado<br>Código | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Protección.<br><input type="checkbox"/> 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.<br><input type="checkbox"/> 72. Declaración de no intervención del cotizante, cónyuge de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.<br><input type="checkbox"/> 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cónyuge de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de morosidad a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.<br><input type="checkbox"/> 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cónyuge 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.<br><input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mantiene de texto.<br><input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y así realizar los pagos correspondientes.<br><input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Dabén 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 |
|                                                                                                                                                               |                  |               |                |

|                                                                         |                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| IX. FIRMAS                                                              |                                                                                           |
| 80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional | 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio |
|                                                                         |                                                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| X. ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 82. Anexo copia de documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexo: CN RO TI CC CS RA CD GC PT<br><input type="checkbox"/> 83. Copia del acta de inscripción permanente emitida por la autoridad competente.<br><input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.<br><input type="checkbox"/> 85. Copia de la escritura pública o escritura judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la extinción de cuerpo y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.<br><input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.<br><input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.<br><input type="checkbox"/> 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración sujeta por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.<br><input type="checkbox"/> 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud número 4 y 5 del artículo 2.17.3 del Decreto 760 de 2018.<br><input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 91. Cese del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. |  |  |  |

|                                                                                     |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL |                              |
| 92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio                  | 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                                                                                    |                  | 95. Firma del funcionario |                |
| Primer Apellido                                                                                            | Segundo Apellido | Primer Nombre             | Segundo Nombre |
|                                                                                                            |                  |                           |                |

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| 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 firmatario, 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 Ejecuto Comercial                                                                                                                             | Sello de Radicación | Sello de procesamiento |
|                                                                                                                                                                                |                     |                        |

(Lee las instrucciones que se encuentran al respecto antes de diligenciar este formulario)

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

|                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                        |  |                                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Tipo de Trámite<br>A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Respuesta de novedades                                                                                                              |  | 2. Tipo de Afiliación<br>- Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> D. De Oficio <input type="checkbox"/><br>A. Individual <input type="checkbox"/> - Beneficiario o Afiliado adopcional <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> |  | 3. Régimen<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Subordinado <input type="checkbox"/> |  | 4. Contribución solidaria<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |
| 5. Tipo de Afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adopcional <input type="checkbox"/> |  | 6. Tipo de Cotizante<br>A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                |  | 7. Código<br>(a registrar por la EPS)                                                                  |  |                                                                                      |  |

**II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (solo cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando apopleje o afiliado adopcional)**

|                                                                                                                                               |  |                                                    |  |                                                        |  |                                                                                                       |  |                                          |  |                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| 8. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: <b>FERIA</b> Segundo Apellido: <b>BERRIO</b> Primer Nombre: <b>LUZ</b> Segundo Nombre: <b>DARY</b> |  | 9. Tipo de documento de identidad: <b>CC</b>       |  | 10. Número del documento de identidad: <b>65759609</b> |  | 11. Sexo biológico<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |  | 12. Sexo identificación<br>F M T NO Otro |  | 13. Nacionalidad<br><b>COLOMBIANO</b> |  |
| 14. Lugar de nacimiento: <b>IBAGUE</b> País: <b>COLOMBIA</b> Departamento: <b></b> Municipio: <b></b>                                         |  | 15. Fecha de nacimiento: <b>12/28/1972</b> A A A A |  |                                                        |  |                                                                                                       |  |                                          |  |                                       |  |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

|                                                                                     |  |                                                         |  |                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                      |  |                                                           |  |                                 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| 16. Etnia                                                                           |  | 17. Comunidad                                           |  | 18. Discapacidad<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad: <b></b> |  | 19. Tiene encuesta SISBEN                                                                                                                                            |  | 20. Clasificación SISBEN<br>Nivel: <b></b> Grupo: <b></b> |  | 21. Grupo de población especial |  |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: <b>SURA</b>                          |  | 23. Administradora de Pensiones: <b>PORVENIR</b>        |  | 24. Ingreso base de cotización - IBC: <b>1.750.905</b>                                                         |  | 25. Tarifa Contribución Solidaria                                                                                                                                    |  |                                                           |  |                                 |  |
| 26. Residencia Dirección: <b>CALLE 16 A # 11-12 B/ ANCON</b> Teléfono fijo: <b></b> |  |                                                         |  |                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                      |  |                                                           |  |                                 |  |
| Teléfono celular: <b>3168393466</b>                                                 |  | Correo Electrónico: <b>tatiana-castro05@hotmail.com</b> |  |                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                      |  |                                                           |  |                                 |  |
| Departamento: <b></b>                                                               |  | Municipio / Ciudad: <b></b>                             |  | Localidad / Campesino: <b></b>                                                                                 |  | Zona: Urbana Municipal <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/> |  |                                                           |  |                                 |  |

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

Datos Básicos de Identificación del Cotizante o beneficiario permanente del núcleo

|                                                                                                                              |  |                                    |  |                                       |  |                                                                                            |  |                                          |  |                  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|------------------|--|
| 27. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: <b></b> Segundo Apellido: <b></b> Primer Nombre: <b></b> Segundo Nombre: <b></b> |  | 28. Tipo de documento de identidad |  | 29. Número del documento de identidad |  | 30. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |  | 31. Sexo identificación<br>F M T NO Otro |  | 32. Nacionalidad |  |
| 33. Lugar de nacimiento: País: <b></b> Departamento: <b></b> Municipio: <b></b>                                              |  | 34. Fecha de nacimiento: A A A A   |  |                                       |  |                                                                                            |  |                                          |  |                  |  |

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

|                                                                                                                              |  |                                    |  |                                       |  |                  |  |                                                                                            |  |                                          |  |                                                                                 |  |                                  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|--|------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|--|
| 35. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: <b></b> Segundo Apellido: <b></b> Primer Nombre: <b></b> Segundo Nombre: <b></b> |  | 36. Tipo de documento de identidad |  | 37. Número del documento de identidad |  | 38. Nacionalidad |  | 39. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |  | 40. Sexo identificación<br>F M T NO Otro |  | 41. Lugar de nacimiento: País: <b></b> Departamento: <b></b> Municipio: <b></b> |  | 42. Fecha de nacimiento: A A A A |  |
| 01                                                                                                                           |  | 02                                 |  | 03                                    |  | 04               |  | 05                                                                                         |  | 06                                       |  | 07                                                                              |  | 08                               |  |

Datos complementarios del beneficiario

|                 |  |           |  |               |  |                                 |  |                           |  |                                                           |  |                                                                                                                |  |                                                                                       |  |
|-----------------|--|-----------|--|---------------|--|---------------------------------|--|---------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 43. Pertenencia |  | 44. Etnia |  | 45. Comunidad |  | 46. Grupo de población especial |  | 47. Tiene encuesta SISBEN |  | 48. Clasificación SISBEN<br>Nivel: <b></b> Grupo: <b></b> |  | 49. Discapacidad<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad: <b></b> |  | 50. Incapacidad permanente<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |
| 01              |  | 02        |  | 03            |  | 04                              |  | 05                        |  | 06                                                        |  | 07                                                                                                             |  | 08                                                                                    |  |

51. Datos de residencia

|                       |  |                               |  |                                                                                                                                                                      |  |                                    |  |                                                                   |  |
|-----------------------|--|-------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|
| Departamento: <b></b> |  | Municipio / Distrito: <b></b> |  | Zona: Urbana Municipal <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/> |  | Teléfono fijo y/o celular: <b></b> |  | 52. Valor de la UPC del área de afiliación en millones de \$ 2015 |  |
| 01                    |  | 02                            |  | 03                                                                                                                                                                   |  | 04                                 |  | 05                                                                |  |
| 06                    |  | 07                            |  | 08                                                                                                                                                                   |  | 09                                 |  | 10                                                                |  |
| 11                    |  | 12                            |  | 13                                                                                                                                                                   |  | 14                                 |  | 15                                                                |  |

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

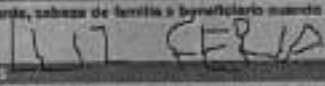
|                                                                                                                            |                                      |                                            |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO |                                      |                                            |                                                                       |
| 55. Nombre o razón social                                                                                                  | 56. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
| SERVICIOS EMPRESARIALES SYK                                                                                                | NIT                                  | 900789555-7                                |                                                                       |
| 59. Ubicación                                                                                                              |                                      | Teléfono fijo o Celular                    |                                                                       |
| AVENIDA MIROLINDO 6-344                                                                                                    |                                      | 3108965249                                 |                                                                       |
| Correo Electrónico                                                                                                         |                                      | Ubicación                                  | Municipio / Distrito                                                  |
| auxgestionhumanaaseototal5@gmail.com                                                                                       |                                      | TOLIMA                                     | IBAGUE                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--|
| 59. Tipo de novedad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 60. Tipo de novedad |  |
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.<br><input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.<br><input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código: <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 7. Ingreso de beneficiarios o de afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.<br><input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.<br><input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país. | <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado<br><input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen<br><input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cebada de familia.<br><input type="checkbox"/> 17. Reporte del estado de protección al consumo.<br><input type="checkbox"/> 18. Reporte de la celdas de Pre-pensionado.<br><input type="checkbox"/> 19. Reporte de la celdas de Pensionado.<br><input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.<br><input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria. |                     |  |

|                                                    |                                       |                        |                                                          |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------|
| VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN REPORTE DE LA NOVEDAD |                                       |                        |                                                          |
| 61. Datos básicos de identificación                |                                       |                        |                                                          |
| Primer Apellido                                    | Segundo Apellido                      | Primer Nombre          | Segundo Nombre                                           |
|                                                    |                                       |                        |                                                          |
| 62. Tipo de documento de identidad                 | 63. Número del documento de identidad | 64. Sexo biológico     | 65. Sexo identificación                                  |
| CC                                                 |                                       | Femenino Masculino     | F M T NR Otr                                             |
| 66. EPS anterior                                   | 67. Fecha de novedad                  | 68. Motivo de traslado | 69. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|                                                    | 01/06/2026                            | Código                 |                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.<br><input type="checkbox"/> 71. Declaración de existencia de nombres de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.<br><input type="checkbox"/> 72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.<br><input type="checkbox"/> 73. Autorización para que la EPS envíe y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 74. Autorización para que la EPS registre 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.<br><input type="checkbox"/> 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.<br><input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.<br><input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de recibir los pagos correspondientes.<br><input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sábón 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 |
|                                                                                                                                                               |                  |               |                |

|                                                                                        |  |                                                                                           |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| IX. FIRMAS                                                                             |  | 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio |  |
| 80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando es jefe o afiliado adicional |  |                                                                                           |  |
|     |  |      |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |            |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|--|
| X. ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              | 82. Anexos |  |
| <input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad<br><input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.<br><input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de concubinato o sentencia judicial que declare la unión marital.<br><input type="checkbox"/> 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de concubinato o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.<br><input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.<br><input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.<br><input type="checkbox"/> 88. Documento en el que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración sujeta por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.<br><input type="checkbox"/> 89. Copia de la verificación de residencia por parte de la Superintendencia Nacional de Salud números 4 y 5 del artículo 2, 1.7.3 del Decreto 780 de 2015.<br><input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 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 INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL |                     |                              |
| 82. Identificación de la Entidad Territorial                                        | Código de municipio | 83. Nombre de la institución |
|                                                                                     |                     |                              |

|                                                                                                            |                  |               |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|----------------|
| XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL |                  |               |                |
| 84. Apellidos y nombres                                                                                    | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|                                                                                                            |                  |               |                |

|                                    |                                       |                           |                         |                         |
|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 85. Tipo de documento de identidad | 86. Número del documento de identidad | 87. Firma del funcionario | 88. Fecha de radicación | 89. Fecha de validación |
|                                    |                                       |                           | 01/06/2026              | 01/06/2026              |

|                |  |
|----------------|--|
| 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 |                         |                            |
| 90. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial                                                                                                                            | 91. Fecha de Radicación | 92. Fecha de procesamiento |
|                                                                                                                                                                                |                         |                            |

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

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                                                                                 |                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Tipo de Trámite<br>A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades                                       | 2. Tipo de Afiliación<br>A. Individual<br>- Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Cotizante<br>- Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado | 4. Contribución solidaria<br>Si No |
| 5. Tipo de Afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia<br>C. Beneficiario D. Afiliado adicional | 6. Tipo de Cotizante<br>A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente<br>C. Personado                                                                        | 7. Código<br>(a registrar por la EPS)                                           |                                    |

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

|                                                                                                                               |                                       |                                         |                                                   |                                                                              |                                          |                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|
| 8. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: GUTIERREZ Segundo Apellido: VALENCIA Primer Nombre: DIANA Segundo Nombre: PATRICIA |                                       | 9. Tipo de documento de identidad<br>CC | 10. Número del documento de identidad<br>65778052 | 11. Sexo biológico<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino | 12. Sexo identificación<br>F M T NB Otro | 13. Nacionalidad<br>COLOMBIANO |
| 14. Lugar de nacimiento<br>País: COLOMBIA Departamento: Municipio:                                                            | 15. Fecha de nacimiento<br>04 06 2016 |                                         |                                                   | 16. Fecha de nacimiento<br>04 06 2016                                        |                                          |                                |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

|                                                                                        |  |                                                 |                           |                                                                                   |                                         |                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| 16. Etnia                                                                              |  | 17. Comunidad                                   | 18. Discapacidad<br>Si No | 19. Tiene encuesta SISBEN<br>Si No                                                | 20. Clasificación SISBEN<br>Nivel Grupo | 21. Grupo de población especial   |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br>SURA                                  |  | 23. Administradora de Pensiones<br>COLPENSIONES |                           | 24. Ingreso base de cotización - IBC<br>1.750.905                                 |                                         | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
| 26. Residencia Dirección: CLL 150 # 45 SUR-57 CS 12 SAN MARTIN PICALAÑA Teléfono Fijo: |  |                                                 |                           |                                                                                   |                                         |                                   |
| Teléfono Celular<br>3184867687                                                         |  | Correo Electrónico<br>dianaguti2576@gmail.com   |                           |                                                                                   |                                         |                                   |
| Departamento<br>TOLIMA                                                                 |  | Municipio / Urb. / Ins.<br>IBAGUE               |                           | Localidad / Comuna<br>Cantón Municipal Rural Desierto Centro Poblado Reseña Rural |                                         |                                   |

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

|                                                                                              |                                       |                                          |                                          |                  |                                       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------------------|--|
| 27. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: |                                       |                                          |                                          |                  |                                       |  |
| 28. Tipo de documento de identidad                                                           | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico<br>Femenino Masculino | 31. Sexo identificación<br>F M T NB Otro | 32. Nacionalidad | 33. Fecha de nacimiento<br>04 06 2016 |  |
| 34. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio:                                    | 35. Fecha de nacimiento<br>04 06 2016 |                                          |                                          |                  |                                       |  |

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

|                                                                                              |                                    |                                       |                                          |                                          |                                                           |                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 36. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: | 37. Tipo de documento de identidad | 38. Número del documento de identidad | 39. Sexo biológico<br>Femenino Masculino | 40. Sexo identificación<br>F M T NB Otro | 41. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 42. Fecha de nacimiento<br>04 06 2016 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                    |                                       |                  |                                          |                                          |                                                           |                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 43. Tipo de documento de identidad | 44. Número del documento de identidad | 45. Nacionalidad | 46. Sexo biológico<br>Femenino Masculino | 47. Sexo identificación<br>F M T NB Otro | 48. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 49. Fecha de nacimiento<br>04 06 2016 |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|

**Datos complementarios del beneficiario**

|                |           |               |                                 |                                    |                                         |                           |                                     |
|----------------|-----------|---------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| 50. Parentesco | 51. Etnia | 52. Comunidad | 53. Grupo de población especial | 54. Tiene encuesta SISBEN<br>Si No | 55. Clasificación SISBEN<br>Nivel Grupo | 56. Discapacidad<br>Si No | 57. Incapacidad permanente<br>Si No |
|----------------|-----------|---------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|

**58. Datos de residencia**

|                  |                          |                                                                 |                               |                                                                       |
|------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 59. Departamento | 60. Municipio / Distrito | 61. Cantón Municipal Centro Poblado Rural Desierto Reseña Rural | 62. Teléfono fijo y/o celular | 63. Valor de la UPC del<br>último año antes de la fecha de afiliación |
|------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|

|                                                                     |  |                                               |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|
| 55. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS |  | 56. Código de la EPS (a registrar por la EPS) |  |
| C                                                                   |  |                                               |  |
| D1                                                                  |  |                                               |  |
| D2                                                                  |  |                                               |  |
| D3                                                                  |  |                                               |  |
| D4                                                                  |  |                                               |  |
| D5                                                                  |  |                                               |  |

|                                                                                                                            |                                      |                                            |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO |                                      |                                            |                                                                       |
| 58. Nombre o razón social                                                                                                  | 59. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 56. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
| SERVICIOS EMPRESARIALES SYK                                                                                                | NIT                                  | 900789555-7                                |                                                                       |
| 60. Ubicación                                                                                                              | 61. Teléfono fijo o Celular          |                                            |                                                                       |
| AVENIDA MIROLINDO 6-344                                                                                                    | 3108965249                           |                                            |                                                                       |
| 62. Correo electrónico                                                                                                     | 63. Departamento                     | 64. Municipio / Distrito                   |                                                                       |
| auxgestionhumanaaseototal5@gmail.com                                                                                       | TOLIMA                               | IBAGUE                                     |                                                                       |

|                                                                                                                     |                                                                                                                                          |                                                                                                                                |                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 65. Tipo de novedad                                                                                                 |                                                                                                                                          | 66. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas                                                 |                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.                                        | <input type="checkbox"/> 2. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.                                  | <input type="checkbox"/> 12. Derivación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.                       | <input type="checkbox"/> 13. Derivación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.                                          | <input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subordinado | <input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen | <input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.                 |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.                                    | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de cambio de protección al cesante.                                                                 | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.                                                          | <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.                                        |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: <input type="text"/>                   | <input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.                                                                           | <input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.                                                                 |                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código: <input type="text"/>                    |                                                                                                                                          |                                                                                                                                |                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 7. Ingreso de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                    |                                                                                                                                          |                                                                                                                                |                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  |                                                                                                                                          |                                                                                                                                |                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o suspensión de condiciones para cotizar.                    |                                                                                                                                          |                                                                                                                                |                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. |                                                                                                                                          |                                                                                                                                |                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.                                                       |                                                                                                                                          |                                                                                                                                |                                                                                                          |

|                                                      |                         |                        |                                                          |
|------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------|
| VI. DATOS ACTUALIZADOS REGIMEN REPORTE DE LA NOVEDAD |                         |                        |                                                          |
| 67. Datos básicos de identificación                  |                         |                        |                                                          |
| Primer Apellido                                      | Segundo Apellido        | Primer Nombre          | Segundo Nombre                                           |
|                                                      |                         |                        |                                                          |
| 68. Sexo biológico                                   | 69. Sexo identificación | CUM                    | 64. Fecha de nacimiento                                  |
| Femenino Masculino                                   | F M T HB Otro           |                        | DD MM AAAA                                               |
| 65. EPS anterior                                     | 66. Fecha de novedad    | 67. Motivo de traslado | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|                                                      | DD MM AAAA              | Código                 |                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.<br><input type="checkbox"/> 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.<br><input type="checkbox"/> 72. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.<br><input type="checkbox"/> 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.<br><input type="checkbox"/> 74. Autorización para que la EPS registre la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.<br><input type="checkbox"/> 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 2012.<br><input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular, como mensajes de texto.<br><input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.<br><input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y los datos en Contribución Solidaria, según la arancelaria del Seguro Vigente. |  |  |  |

|                                                                                                                                                                 |                  |               |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|----------------|
| VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA                                                                                                                                    |                  |               |                |
| 79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia registre la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria. |                  |               |                |
| Primer Apellido                                                                                                                                                 | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|                                                                                                                                                                 |                  |               |                |

|                                                                                         |                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| IX. FIRMAS                                                                              |                                                                                           |
| 80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando solicite a afiliado adicional | 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio |
| <i>[Firma]</i>                                                                          | <i>[Firma]</i>                                                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| X. ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |
| <input type="checkbox"/> 82. Anexar copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexas: <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.<br><input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de convicción o sentencia judicial que declare la unión marital.<br><input type="checkbox"/> 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la nulidad de cuerpos y escritura pública, acta de convicción o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.<br><input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.<br><input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acta administrativo de custodia.<br><input type="checkbox"/> 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración sujeta por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.<br><input type="checkbox"/> 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numerada 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2015.<br><input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 91. Copia del acta administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. | Total Anexos: <input type="text"/> |

|                                                                                          |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA |                              |
| 82. Identificación de la Entidad Territorial                                             | 83. Nombre de la institución |
| Código del municipio                                                                     |                              |

|                                                                                                            |                                       |                           |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|----------------|
| XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL |                                       |                           |                |
| 84. Apellidos y nombres                                                                                    | 85. Fecha de modificación             | 86. Fecha de validación   |                |
| Primer Apellido                                                                                            | Segundo Apellido                      | Primer Nombre             | Segundo Nombre |
|                                                                                                            |                                       |                           |                |
| 87. Tipo de documento de identidad                                                                         | 88. Número del documento de identidad | 89. Firma del funcionario |                |
|                                                                                                            |                                       |                           |                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |
| Acuerdo 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.<br>Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial: <input type="text"/> Sello de validación: <input type="text"/> Sello de procesamiento: <input type="text"/> |  |  |

(Las las instrucciones que se encuentran al respecto antes de diligenciar este formulario)

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

|                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                         |                                                                                                          |                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Tipo de Trámite<br>A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>                                                                                      | 2. Tipo de Afiliación<br>A. Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Cotizante <input type="checkbox"/> C. De Otro <input type="checkbox"/> | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/> | 4. Contribución solidaria<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. Tipo de Afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/> | 6. Tipo de Cotizante<br>A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>             | 7. Código<br>(se registra por la EPS)                                                                    |                                                                                      |

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

|                                                                            |                                                                                  |                                                                                                       |                                          |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 8. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: CABEZAS Segundo Apellido: PRADA |                                                                                  | Primer Nombre: GRACIELA Segundo Nombre:                                                               |                                          |
| 9. Tipo de documento de identidad<br>CC                                    | 10. Número del documento de identidad<br>28935630                                | 11. Sexo biológico<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 12. Sexo identificación<br>F M T NS Otro |
| 13. Nacionalidad<br>COLOMBIANO                                             | 14. Lugar de nacimiento<br>País: COLOMBIA Departamento: Tolima Municipio: IBAGUE | 15. Fecha de nacimiento<br>26/06/1971                                                                 |                                          |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

|                                                       |                                             |                                                                                                       |                                                                  |                                         |                                 |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|
| 16. Etnia                                             | 17. Comunidad                               | 18. Discapacidad<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBEN                                        | 20. Clasificación SISBEN<br>Nivel Grupo | 21. Grupo de población especial |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br>SURA | 23. Administradora de Pensiones<br>PORVENIR | 24. Ingreso base de cotización - IBC<br>1.750.905                                                     | 25. Tarifa Contribución Solidaria                                |                                         |                                 |
| 26. Residencia Dirección: MZ A CASA 27 ALBANIA 2      |                                             |                                                                                                       |                                                                  |                                         |                                 |
| Teléfono Celular: 3117724729                          |                                             | Correo Electrónico: graciela.cabezas717@gmail.com                                                     |                                                                  |                                         |                                 |
| 27. Departamento: TOLIMA                              | Municipio / Distrito: IBAGUE                | Localidad / Correo:                                                                                   | Zona: Urbana Municipal Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural |                                         |                                 |

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

|                                                                                                              |                                       |                                          |                                          |                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|--|
| 28. Datos Básicos de Identificación del Cotizante o beneficiario (se completa) permanentemente del cotizante |                                       |                                          |                                          |                  |  |
| 27. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido:                                                |                                       | Primer Nombre: Segundo Nombre:           |                                          |                  |  |
| 29. Tipo de documento de identidad                                                                           | 30. Número del documento de identidad | 31. Sexo biológico<br>Femenino Masculino | 32. Sexo identificación<br>F M T NS Otro | 33. Nacionalidad |  |
| 34. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio:                                                    | 35. Fecha de nacimiento               |                                          |                                          |                  |  |

**Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales**

|                                                               |                                       |                                |                                          |                                          |                                                           |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 36. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: |                                       | Primer Nombre: Segundo Nombre: |                                          |                                          |                                                           |
| 37. Tipo de documento de identidad                            | 38. Número del documento de identidad | 39. Nacionalidad               | 40. Sexo biológico<br>Femenino Masculino | 41. Sexo identificación<br>F M T NS Otro | 42. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: |
| 43. Fecha de nacimiento                                       | 44. Fecha de nacimiento               |                                |                                          |                                          |                                                           |

**Datos complementarios del beneficiario**

|                                    |                                       |                  |                                          |                                          |                                                           |                                                                                                       |                                                                                      |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 45. Parentesco                     | 46. Etnia                             | 47. Comunidad    | 48. Grupo de población especial          | 49. Tiene encuesta SISBEN                | 50. Clasificación SISBEN<br>Nivel Grupo                   | 51. Discapacidad<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad | 52. Integridad permanente<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 53. Tipo de documento de identidad | 54. Número del documento de identidad | 55. Nacionalidad | 56. Sexo biológico<br>Femenino Masculino | 57. Sexo identificación<br>F M T NS Otro | 58. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 59. Fecha de nacimiento                                                                               | 60. Fecha de nacimiento                                                              |

**51. Datos de residencia**

|                |                         |       |                                              |                                                         |                                                  |
|----------------|-------------------------|-------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Departamento:  | Municipio / Distrito:   | Zona: | Urbanidad: Urbana Rural Disperso Resto Rural | 61. Tipo de vivienda: Urbana Rural Disperso Resto Rural | 62. Valor de la UPC del municipio sede de la EPS |
| 63. Dirección: | 64. Correo Electrónico: |       |                                              |                                                         |                                                  |

|                                    |                                       |                  |                                          |                                          |                                                           |                         |                         |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 65. Tipo de documento de identidad | 66. Número del documento de identidad | 67. Nacionalidad | 68. Sexo biológico<br>Femenino Masculino | 69. Sexo identificación<br>F M T NS Otro | 70. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 71. Fecha de nacimiento | 72. Fecha de nacimiento |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|

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

|                                                                                                                            |                                      |                                            |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO |                                      |                                            |                                                                       |
| 55. Nombre o razón social                                                                                                  | 56. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
| SERVICIOS EMPRESARIALES SYK                                                                                                | NIT                                  | 900789555-7                                |                                                                       |
| 59. Ubicación                                                                                                              | 60. Teléfono fijo o Celular          |                                            |                                                                       |
| AVENIDA MIROLINDO 6-344                                                                                                    | 3108965249                           |                                            |                                                                       |
| Correo Electrónico                                                                                                         | Departamento                         | Municipio / Distrito                       |                                                                       |
| auxgestionhumanaaseotota5@gmail.com                                                                                        | TOLIMA                               | IBAGUE                                     |                                                                       |

|                                                                                                                     |                                                                                                          |                                                                                                              |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 61. Tipo de novedad                                                                                                 |                                                                                                          | 62. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas                               |                                                |
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.                                        | <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. | <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. |                                                |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.                                          | <input type="checkbox"/> 14. Movilidad                                                                   | <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo                                                             | <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.                                          | <input type="checkbox"/> 15. Traslado                                                                    | <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen                                                                    | <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen  |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.                                    | <input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Contribuyente o Cabeza de familia.             | <input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante.                                   |                                                |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código                                         | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.                                    | <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.                                            |                                                |
| <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código                                          | <input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.                                           | <input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.                                               |                                                |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  |                                                                                                          |                                                                                                              |                                                |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  |                                                                                                          |                                                                                                              |                                                |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.                   |                                                                                                          |                                                                                                              |                                                |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. |                                                                                                          |                                                                                                              |                                                |
| <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.                                                       |                                                                                                          |                                                                                                              |                                                |

|                                                    |                                   |                        |                                                          |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------|
| VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN REPORTE DE LA MOVESAD |                                   |                        |                                                          |
| 63. Datos básicos de identificación                | Segundo Apellido                  | Primer Nombre          | Segundo Nombre                                           |
| Primer Apellido                                    |                                   |                        |                                                          |
| Tipo de documento de identidad                     | Número del documento de identidad | 64. Sexo biológico     | 65. Sexo identificación                                  |
| CC                                                 |                                   | Femenino Masculino     | F M T NB Otro                                            |
| 66. EPS anterior                                   | 67. Fecha de novedad              | 68. Motivo de traslado | 69. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|                                                    | 01/06/2026                        | Código                 |                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no otorgación de afiliación al Régimen Contributivo, Espectro o de Excepción.<br><input type="checkbox"/> 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.<br><input type="checkbox"/> 72. Declaración de no intención del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.<br><input type="checkbox"/> 73. Declaración 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.<br><input type="checkbox"/> 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera 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 requieren.<br><input type="checkbox"/> 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.<br><input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular, como mensajes de texto.<br><input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar sus pagos correspondientes.<br><input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la contribución del grupo familiar y del tanto en Contribución Solidaria, según la encuesta del Dabon Régimen. |  |  |  |

|                                                                                                                                                                  |                  |               |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|----------------|
| VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA                                                                                                                                     |                  |               |                |
| 79. En caso de sustracción 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 |
|                                                                                                                                                                  |                  |               |                |

|                                                                                           |                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| IX. FIRMAS                                                                                |                                                                                           |
| 80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario sustraído aplique o afiliado adicional | 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio |
| GRACIELA CABEZAS                                                                          |                                                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| X. ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> 82. Anexo copia de documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anejos: CN RC TI CC CE RA CO SO PT.<br><input type="checkbox"/> 83. Copia del actamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.<br><input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.<br><input type="checkbox"/> 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.<br><input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de filiación o acta de entrega del menor.<br><input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.<br><input type="checkbox"/> 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración sujeta por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.<br><input type="checkbox"/> 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 790 de 2016.<br><input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se anula la afiliación de oficio. |  |
| Total Anexos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |

|                                                                                     |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL |                              |
| 82. Identificación de la Entidad Territorial                                        | 83. Nombre de la institución |
| Código del municipio                                                                |                              |

|                                                                                                            |                                   |                           |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL |                                   |                           |                         |
| 84. Apellidos y nombres                                                                                    | Segundo Apellido                  | Primer Nombre             | Segundo Nombre          |
| Primer Apellido                                                                                            |                                   |                           |                         |
| Tipo de documento de identidad                                                                             | Número del documento de identidad | 85. Firma del funcionario | 86. Fecha de radicación |
|                                                                                                            |                                   |                           | DD MM AAAA              |
| OBSERVACIONES:                                                                                             |                                   | 87. Fecha de validación   |                         |
|                                                                                                            |                                   | DD MM AAAA                |                         |

|                                                                                                                                                                                |                     |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Recuerde que con la firma del funcionario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VI del formulario |                     |                      |
| Cole identificación y nombre del Ejecutivo General                                                                                                                             | Fecha de Radicación | Símbol procesamiento |
|                                                                                                                                                                                |                     |                      |

Leer las instrucciones que se encuentran al respecto antes de diligenciar este formulario

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                 |                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Tipo de Trámite<br>A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades                                       | 2. Tipo de Afiliación<br>- Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> D. Cotizante<br>A. Individual <input checked="" type="checkbox"/> G. Institucional<br>- Beneficiario o Afiliado adicional | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado | 4. Contribución solidaria<br>Si No |
| 5. Tipo de Afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia<br>C. Beneficiario D. Afiliado adicional | 6. Tipo de Cotizante<br>A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente<br>C. Pensionado                                                                                                           | 7. Código<br>(a registrar por la EPS)                                           |                                    |

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

|                                                                                      |                                                   |                                                                              |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 3. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: <b>LEON</b> Segundo Apellido: <b>YATE</b> |                                                   | Primer Nombre: <b>GLORIA</b> Segundo Nombre: <b>AMPARO</b>                   |                                           |
| 8. Tipo de documento de identidad<br>CC                                              | 10. Número del documento de identidad<br>65775261 | 11. Sexo biológico<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino | 12. Sexo identificación<br>F M T NB Otro  |
| 14. Lugar de nacimiento<br>País: <b>COLOMBIA</b>                                     | Departamento                                      | Municipio                                                                    | 16. Fecha de nacimiento<br>03/2/1977 AAAA |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

|                                                                        |  |                                                        |                                                     |                                                                                                               |                                         |                                   |
|------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| 15. Etnia                                                              |  | 17. Comunidad                                          | 18. Discapacidad<br>Si No Categoría de discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBEN<br>Si No                                                                            | 20. Clasificación SISBEN<br>Nivel Grupo | 21. Grupo de población especial   |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br><b>SURA</b>           |  | 23. Administradora de Pensiones<br><b>COLPENSIONES</b> |                                                     | 24. Ingreso base de cotización - IBC<br>1.750.905                                                             |                                         | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
| 26. Residencia Ciudad <b>CRA 3 # 7-29 BRR LA GAVIOTA</b> Teléfono fijo |  |                                                        |                                                     |                                                                                                               |                                         |                                   |
| Teléfono celular<br>3102719926                                         |  | Correo Electrónico<br>gloria.903@hotmail.com           |                                                     |                                                                                                               |                                         |                                   |
| Departamento<br><b>TOLIMA</b>                                          |  | Municipio<br><b>IBAGUE</b>                             |                                                     | Lugar de nacimiento<br>Ciudad / Urbana<br>Etnia: Cabeza Municipal Rural Desplazado Centro Poblado Nuevo Rural |                                         |                                   |

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

|                                                                                              |                                          |                                          |                                          |      |                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|------|------------------|--|
| 27. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: |                                          |                                          |                                          |      |                  |  |
| 28. Tipo de documento de identidad                                                           | 29. Número del documento de identidad    | 30. Sexo biológico<br>Femenino Masculino | 31. Sexo identificación<br>F M T NB Otro | Cual | 32. Nacionalidad |  |
| 33. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio:                                    | 34. Fecha de nacimiento<br>00000000 AAAA |                                          |                                          |      |                  |  |

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

| 27. Apellidos y nombres                                       | 28. Tipo de documento de identidad | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación | Cual | 32. Nacionalidad |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|-------------------------|------|------------------|
| Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre |                                    |                                       | F M T NB Otro      |                         |      |                  |
| B1                                                            |                                    |                                       |                    |                         |      |                  |
| B2                                                            |                                    |                                       |                    |                         |      |                  |
| B3                                                            |                                    |                                       |                    |                         |      |                  |
| B4                                                            |                                    |                                       |                    |                         |      |                  |
| B5                                                            |                                    |                                       |                    |                         |      |                  |

**Datos complementarios del beneficiario**

|                |           |               |                                 |                                    |                                         |                                                     |                                     |
|----------------|-----------|---------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBEN<br>Si No | 48. Clasificación SISBEN<br>Nivel Grupo | 49. Discapacidad<br>Si No Categoría de discapacidad | 50. Incapacidad permanente<br>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 al momento de afiliación |
|              |                      | Colombia Municipal     | Centro Poblado | Rural Desplazado | Nuevo Rural               |                                              |
| B1           |                      |                        |                |                  |                           |                                              |
| B2           |                      |                        |                |                  |                           |                                              |
| B3           |                      |                        |                |                  |                           |                                              |
| B4           |                      |                        |                |                  |                           |                                              |
| B5           |                      |                        |                |                  |                           |                                              |
| Dirección    |                      | Teléfono fijo / Correo |                |                  | Correo Electrónico        |                                              |
| B1           |                      |                        |                |                  |                           |                                              |
| B2           |                      |                        |                |                  |                           |                                              |
| B3           |                      |                        |                |                  |                           |                                              |
| B4           |                      |                        |                |                  |                           |                                              |
| B5           |                      |                        |                |                  |                           |                                              |

|                                                                     |  |                                               |
|---------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|
| 33. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS |  | 34. Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
| C                                                                   |  |                                               |
| B1                                                                  |  |                                               |
| B2                                                                  |  |                                               |
| B3                                                                  |  |                                               |
| B4                                                                  |  |                                               |
| B5                                                                  |  |                                               |

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

35. Nombre o razón social: **SERVICIOS EMPRESARIALES SYK** 36. Tipo documento de identificación: **NIT** 37. Número del documento de identificación: **900789555-7** 38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS):

39. Ubicación: **AVENIDA MIROLINDO 6-344** Teléfono fijo o Celular: **3108965249**

Correo Electrónico: **auxgestionhumanaaseotota5@gmail.com** Departamento: **TOLIMA** Municipio / Distrito: **IBAGUE**

40. Tipo de novedad:

|                                                                                                                     |                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.                                        | <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.                                |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.                                          | <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.                            |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.                                          | <input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.                                    | <input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente régimen          |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: <input type="text"/>                   | <input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.                                                |
| <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código: <input type="text"/>                    | <input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de pre-pensionado.                                                                     |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.                                                                   |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  | <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.                   | <input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. | <input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.                                                       |                                                                                                                                         |

#### VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN REPORTES DE LA ENTIDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:

Tipo de documento de identidad: **CC** Número del documento de identidad: Sexo biológico: ☐ F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otr. 42. Sexo identificación: ☐ F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otr. 43. Fecha de nacimiento: **03/08/1988**

44. EPS anterior: **D** 45. Fecha de novedad: **01/05/2026** 46. Motivo de traslado: **A** 47. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones:

#### VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 48. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 49. Declaración de no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Emergencia.
- ☐ 50. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 51. Declaración de no inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 52. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como miembros de todo.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación al reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieren.
- ☐ 54. 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.
- ☐ 55. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como miembros de todo.
- ☐ 56. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 57. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Dabén rigiere.

#### VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

58. 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: 36. de documento de identidad:

#### IX. FIRMAS

59. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplica o afiliado adicional: **GLORIA AMPARO LEON VATE** 60. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio:

#### X. ANEXOS

- ☐ 61. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexo: **CN** **NO** **TI** **CC** **CE** **PA** **CO** **NO** **PT**
- ☐ 62. Copia del acta de inscripción de incapacidad permanente emitida por la autoridad competente.
- ☐ 63. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 64. 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.
- ☐ 65. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 66. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 67. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de denuncia de los padres o la declaración autorizada por el actante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 68. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 3 y 7.3 del Decreto 1860 de 2010.
- ☐ 69. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 70. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la orden de beneficiario o se entienda la afiliación de oficio.

Total Anexos:

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

71. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio: Código del departamento: 72. Nombre de la Institución:

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

73. Apellidos y nombres: Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:

Tipo de documento de identidad: Número del documento de identidad: 74. Firma del funcionario: 75. Fecha de radicación: 76. Fecha de validación: **03/08/2026** **03/08/2026**

#### OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del funcionario, 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 Ejecuto Comercial: Fecha de Radicación: Store processing:

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y  
REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**

Faring da Radingo

090670174

At use the instructions you will see embedded at the bottom of the results after the discussion of the item.

|                                          |  |                                                                     |  |                                   |                                   |                          |                        |  |  |
|------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------|--|--|
| 1. DATOS DEL TRÁMITE                     |  |                                                                     |  |                                   |                                   |                          |                        |  |  |
| 1. Tipo de Trámite                       |  | 2. Tipo de Afiliación                                               |  |                                   | 3. Régimen                        |                          | 4. Contribución        |  |  |
| A. Afiliación X B. Recorte de Novedades  |  | A. Cobertura o Cobertura de Familia X B. Clásica C. De Grupo        |  |                                   | A. Contribuyente X B. Subordinado |                          | A. Contribuyente B. No |  |  |
|                                          |  | A. Individual B. Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional |  |                                   |                                   |                          |                        |  |  |
| 2. Tipo de Afiliado                      |  | 3. Tipo de Colaborante                                              |  | 7. Código                         |                                   |                          |                        |  |  |
| A. Colaborante X B. Cobertura de Familia |  | C. Beneficiario                                                     |  | A. Dependiente X B. Independiente |                                   | C. Pensionado            |                        |  |  |
| D. Afiliado adicional                    |  |                                                                     |  |                                   |                                   | (a registrar por la EPS) |                        |  |  |

|                                                                                                                          |  |                                       |  |                                                        |  |                         |  |                         |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|
| II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (sea cónyuge, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliasdo adicional) |  |                                       |  |                                                        |  |                         |  |                         |  |
| 9. Apellidos y nombres                                                                                                   |  |                                       |  |                                                        |  |                         |  |                         |  |
| Primer Apellido                                                                                                          |  | Segundo Apellido                      |  | Primer Nombre                                          |  | Segundo Nombre          |  |                         |  |
| MORALES                                                                                                                  |  |                                       |  | MARIA                                                  |  | DEISY                   |  |                         |  |
| 9. Tipo de documento de identidad                                                                                        |  | 10. Número del documento de identidad |  | 11. Sexo biológico                                     |  | 12. Sexo identificación |  | 13. Nacionalidad        |  |
| CC                                                                                                                       |  | 65756593                              |  | Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino |  | F M T NO Otm            |  | COLOMBIANO              |  |
| 14. Lugar de nacimiento                                                                                                  |  | País                                  |  | Departamento                                           |  | Municipio               |  | 15. Fecha de nacimiento |  |
|                                                                                                                          |  | COLOMBIA                              |  |                                                        |  |                         |  | 13/11/1972              |  |

| II. DATOS COMPLEMENTARIOS                     |               |                      |                                 |                           |                                      |                          |                                   |                                 |                |
|-----------------------------------------------|---------------|----------------------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------------|
| Datos Personales                              |               |                      |                                 |                           |                                      |                          |                                   |                                 |                |
| 16. Etnia                                     | 17. Comaridad | 18. Discapacidad     |                                 | 19. Tiene encuesta SISBEN |                                      | 20. Clasificación SISBEN |                                   | 21. Grupo de población especial |                |
|                                               |               | Si                   | No                              | Categoría de discapacidad | Si                                   | No                       | Nivel                             | Grupo                           |                |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL |               |                      | 23. Administradora de Pensiones |                           | 24. Ingreso base de cotización - IBC |                          | 25. Tarifa Contribución Solidaria |                                 |                |
| SURA                                          |               |                      | COLFONDOS                       |                           | 1.750.905                            |                          |                                   |                                 |                |
| 26. Residencia Dirección                      |               |                      |                                 |                           |                                      |                          |                                   | Teléfono Fijo                   |                |
| KR 4 SUR 13 06 MATA LLANA                     |               |                      |                                 |                           |                                      |                          |                                   |                                 |                |
| Teléfono Celular                              |               |                      | Correo Electrónico              |                           |                                      |                          |                                   |                                 |                |
| 3008024577                                    |               |                      | deisymona71@gmail.com           |                           |                                      |                          |                                   |                                 |                |
| Departamento                                  |               | Municipio / Distrito |                                 |                           | Localidad / Comuna                   |                          | Zona                              |                                 |                |
| TOLIMA                                        |               | IBAGUE               |                                 |                           |                                      |                          | Cabecera Municipal                |                                 | Rural Disperso |
|                                               |               |                      |                                 |                           |                                      |                          | Centro Poblado                    |                                 | Resto Rural    |

|                                                                                       |  |                                       |  |                    |  |                         |  |                  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------|--|-------------------------|--|------------------|--|
| IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR                                    |  |                                       |  |                    |  |                         |  |                  |  |
| Datos básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del solicitante |  |                                       |  |                    |  |                         |  |                  |  |
| 27. Apellidos y nombres                                                               |  | Segundo Apellido                      |  | Primer Nombre      |  | Segundo Nombre          |  |                  |  |
|                                                                                       |  |                                       |  |                    |  |                         |  |                  |  |
| 28. Tipo de documento de identidad                                                    |  | 29. Número del documento de identidad |  | 30. Sexo biológico |  | 31. Sexo identificación |  | 32. Nacionalidad |  |
|                                                                                       |  |                                       |  | Femenino Masculino |  | F M T NS Otro           |  |                  |  |
| 33. Lugar de nacimiento                                                               |  | 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 |
| 01                                                                                  |                  |               |                |
| 02                                                                                  |                  |               |                |
| 03                                                                                  |                  |               |                |
| 04                                                                                  |                  |               |                |
| 05                                                                                  |                  |               |                |

[illegible]

| Datos censales registrales del Municipio |  |           |               |                                 |                   |                  |                 |                           |                        |
|------------------------------------------|--|-----------|---------------|---------------------------------|-------------------|------------------|-----------------|---------------------------|------------------------|
| 43. Parentesco                           |  | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tipo vivienda | 48. Construcción | 49. Desapertado |                           | 50. Inapertado persona |
|                                          |  |           |               |                                 |                   |                  |                 |                           |                        |
| B1                                       |  |           |               |                                 | 0. No             | 1. No            | 0. No           | Categoría de discapacidad | 0. No                  |
| B2                                       |  |           |               |                                 | 0. No             | 1. No            | 0. No           | Categoría de discapacidad | 0. No                  |
| B3                                       |  |           |               |                                 | 0. No             | 1. No            | 0. No           | Categoría de discapacidad | 0. No                  |
| B4                                       |  |           |               |                                 | 0. No             | 1. No            | 0. No           | Categoría de discapacidad | 0. No                  |
| B5                                       |  |           |               |                                 | 0. No             | 1. No            | 0. No           | Categoría de discapacidad | 0. No                  |

| VI. Datos de residencia |                    |                    |                      |                |             |                           | VII. Fuente de la IFC del<br>año 2013 (última fuente de la IFC) |  |
|-------------------------|--------------------|--------------------|----------------------|----------------|-------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|
| Departamento            | Municipio/Distrito | PDR                |                      |                |             | Teléfono fijo y/o celular |                                                                 |  |
| 01                      |                    | Cabecera Municipal | Centro Urbano        | Rural Disperso | Rural Rural |                           |                                                                 |  |
| 02                      |                    | Cabecera Municipal | Centro Urbano        | Rural Disperso | Rural Rural |                           |                                                                 |  |
| 03                      |                    | Cabecera Municipal | Centro Urbano        | Rural Disperso | Rural Rural |                           |                                                                 |  |
| 04                      |                    | Cabecera Municipal | Centro Urbano        | Rural Disperso | Rural Rural |                           |                                                                 |  |
| 05                      |                    | Cabecera Municipal | Centro Urbano        | Rural Disperso | Rural Rural |                           |                                                                 |  |
| 06                      | 09 Municipios      |                    | Urbanización Chocoma |                |             |                           | Cuentas Chocoma                                                 |  |
| 01                      |                    |                    |                      |                |             |                           |                                                                 |  |
| 02                      |                    |                    |                      |                |             |                           |                                                                 |  |
| 03                      |                    |                    |                      |                |             |                           |                                                                 |  |
| 04                      |                    |                    |                      |                |             |                           |                                                                 |  |
| 05                      |                    |                    |                      |                |             |                           |                                                                 |  |

|                                                                     |  |                                               |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|
| 23. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS |  | 34. Código de la IPS (a registrar por la EPS) |  |
| C                                                                   |  |                                               |  |
| B1                                                                  |  |                                               |  |
| B2                                                                  |  |                                               |  |
| B3                                                                  |  |                                               |  |
| B4                                                                  |  |                                               |  |
| B5                                                                  |  |                                               |  |

| V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO |                                      |                                            |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 25. Nombre o razón social                                                                                                  | 26. Tipo documento de identificación | 27. Número del documento de identificación | 28. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
| SERVICIOS EMPRESARIALES SYK                                                                                                | NIT                                  | 900789555-7                                |                                                                       |
| 29. Ubicación Dirección                                                                                                    | 30. Teléfono fijo o Celular          |                                            |                                                                       |
| AVENIDA MIROLINDO 6-344                                                                                                    | 3108965249                           |                                            |                                                                       |
| Correo Electrónico                                                                                                         | Departamento                         | Municipio / Distrito                       |                                                                       |
| auxgestionhumanaaseototal5@gmail.com                                                                                       | TOLIMA                               | IBAGUE                                     |                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 32. Tipo de Novedad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.<br><input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.<br><input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código: <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.<br><input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.<br><input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país. | <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidado<br><input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen<br><input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Capataz de familia.<br><input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de inscripción al cesante.<br><input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.<br><input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.<br><input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.<br><input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria. |

| VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN REPORTE DE LA NOVEDAD |                  |                                     |                |
|----------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------|----------------|
| 33. Datos básicos de identificación                |                  | 34. Datos básicos de identificación |                |
| Primer Apellido                                    | Segundo Apellido | Primer Nombre                       | Segundo Nombre |
|                                                    |                  |                                     |                |

|                                    |                                       |                                                                      |                         |                         |
|------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 35. Tipo de documento de identidad | 36. Número del documento de identidad | 37. Sexo biológico                                                   | 38. Sexo identificación | 39. Fecha de nacimiento |
| CC                                 |                                       | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | F M T No Otr            | DD MM AAAA              |

|                  |                      |                              |                                                          |
|------------------|----------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 40. EPS anterior | 41. Fecha de novedad | 42. Motivo de traslado       | 43. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|                  | DD MM AAAA           | Código: <input type="text"/> |                                                          |

| VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 44. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 45. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Inapropiación.<br><input type="checkbox"/> 46. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.<br><input type="checkbox"/> 47. Declaración de no liberación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.<br><input type="checkbox"/> 48. 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.<br><input type="checkbox"/> 49. 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 afiliación vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.<br><input type="checkbox"/> 50. 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 2015.<br><input type="checkbox"/> 51. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.<br><input type="checkbox"/> 52. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.<br><input type="checkbox"/> 53. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Dicono vigente. |  |

| VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA                                                                                                                                  |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 54. 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 |
|                                                                                                                                                               |                  |

|                                                                                 |                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 55. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario, cónyuge o afiliado adicional | 56. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio |
| <i>Maria Florencia</i>                                                          | <i>[Firma]</i>                                                                            |

| IX. ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 57. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexo: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PT<br><input type="checkbox"/> 58. Copia del documento de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.<br><input type="checkbox"/> 59. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, o de la certificación o sentencia judicial que declare la unión marital.<br><input type="checkbox"/> 60. Copia de la escritura pública o escritura judicial que declare el divorcio, o de la certificación o sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, o de la certificación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.<br><input type="checkbox"/> 61. Copia del certificado de inscripción o acta de entrega del menor.<br><input type="checkbox"/> 62. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia.<br><input type="checkbox"/> 63. 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 sus padres.<br><input type="checkbox"/> 64. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.º J.3 del Decreto 760 de 2016.<br><input type="checkbox"/> 65. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 66. Copia del acta administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. |  |

| X. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 67. Identificación de la Entidad Territorial. Código del municipio                 | 68. Nombre de la institución |
|                                                                                    |                              |

| XI. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 69. Apellidos y nombres                                                                                   |                  |
| Primer Apellido                                                                                           | Segundo Apellido |
|                                                                                                           |                  |

|                                    |                                       |                           |                         |                         |
|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 70. Tipo de documento de identidad | 71. Número del documento de identidad | 72. Firma del funcionario | 73. Fecha de radicación | 74. Fecha de validación |
|                                    |                                       |                           | DD MM AAAA              | DD MM AAAA              |

|                                                                                                                                                                                  |                     |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                   |                     |                       |
| Recuerda que con la firma del funcionario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario. |                     |                       |
| Uso: Identificación y Nombre del Ejecutivo Comercial                                                                                                                             | Fecha de Radicación | Sticker procesamiento |
|                                                                                                                                                                                  |                     |                       |

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

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

|                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                        |                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Tipo de Trámite<br>A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades                                                                                                               | 2. Tipo de Afiliación<br>A. Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Cotizante <input type="checkbox"/> C. De Otro <input type="checkbox"/><br>A. Individual <input type="checkbox"/> B. Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidio <input type="checkbox"/> | 4. Contribución solidaria<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. Tipo de Afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/> | 6. Tipo de Cotización<br>A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                              | 7. Código<br>(a registrar por la EPS)                                                                  |                                                                                      |

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

|                                                                                                               |                                              |                                         |                                                   |                                                                                                       |                                          |                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|
| 8. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: GAONA Segundo Apellido: GARZON Primer Nombre: ROSA Segundo Nombre: |                                              | 9. Tipo de documento de identidad<br>CC | 10. Número del documento de identidad<br>39566894 | 11. Sexo biológico<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 12. Sexo identificación<br>F M T NS Otro | 13. Nacionalidad<br>COLOMBIANO |
| 14. Lugar de nacimiento<br>País: COLOMBIA Departamento:                                                       | 15. Fecha de nacimiento<br>D: 8/20/1971 A: A |                                         |                                                   |                                                                                                       |                                          |                                |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

|                                                                              |                              |                                                                                                        |                                                                                      |                                                   |                                   |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 16. Etnia                                                                    | 17. Comunidad                | 18. Discapacidad<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad: | 19. Tiene encuesta SISBEN<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 20. Clasificación SISBEN<br>Nivel: Grupo:         | 21. Grupo de población especial   |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br>SURA                        |                              | 23. Administradora de Pensiones<br>COLPENSIONES                                                        |                                                                                      | 24. Ingreso base de cotización - IBC<br>1.750.905 | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
| 26. Residencia Dirección: SPMZ 2 MZ 1 CASA 14, NUEVA CASTILLA Teléfono fijo: |                              |                                                                                                        |                                                                                      |                                                   |                                   |
| Teléfono celular: 3125532186                                                 |                              | Correo Electrónico: ROSAGARZON3@GMAIL.COM                                                              |                                                                                      |                                                   |                                   |
| Departamento: TOLIMA                                                         | Municipio / Distrito: IBAGUE | Localidad / Urbana                                                                                     | zona: Cabecera Municipal                                                             | Punto Dispensio: Centro Poblado                   | Punto Rural:                      |

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

|                                                                                              |                                       |                                                                                            |                                          |                  |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|-------------------------------------|
| 27. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: |                                       |                                                                                            |                                          |                  |                                     |
| 28. Tipo de documento de identidad                                                           | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 31. Sexo identificación<br>F M T NS Otro | 32. Nacionalidad | 33. Fecha de nacimiento<br>D: M: A: |

**V. DATOS COMPLEMENTARIOS DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES**

|                                                                                              |                                       |                  |                                                                                            |                                          |                                                           |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 34. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: |                                       |                  |                                                                                            |                                          |                                                           |                                     |
| 35. Tipo de documento de identidad                                                           | 36. Número del documento de identidad | 37. Nacionalidad | 38. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 39. Sexo identificación<br>F M T NS Otro | 40. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 41. Fecha de nacimiento<br>D: M: A: |

|                                    |                                       |                  |                                                                                            |                                          |                                                           |                                     |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 42. Tipo de documento de identidad | 43. Número del documento de identidad | 44. Nacionalidad | 45. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 46. Sexo identificación<br>F M T NS Otro | 47. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 48. Fecha de nacimiento<br>D: M: A: |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|

**Datos complementarios del beneficiario**

|                |           |               |                                 |                           |                                           |                                                                                                        |                                                                                       |
|----------------|-----------|---------------|---------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 49. Parentesco | 50. Etnia | 51. Comunidad | 52. Grupo de población especial | 53. Tiene encuesta SISBEN | 54. Clasificación SISBEN<br>Nivel: Grupo: | 55. Discapacidad<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad: | 56. Incapacidad permanente<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|----------------|-----------|---------------|---------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

**VI. Datos de residencia**

|               |                       |                          |                |                                 |                             |
|---------------|-----------------------|--------------------------|----------------|---------------------------------|-----------------------------|
| Departamento: | Municipio / Distrito: | zona: Cabecera Municipal | Centro Poblado | Punto Dispensio: Centro Poblado | Punto Rural: Centro Poblado |
| Departamento: | Municipio / Distrito: | zona: Cabecera Municipal | Centro Poblado | Punto Dispensio: Centro Poblado | Punto Rural: Centro Poblado |
| Departamento: | Municipio / Distrito: | zona: Cabecera Municipal | Centro Poblado | Punto Dispensio: Centro Poblado | Punto Rural: Centro Poblado |
| Departamento: | Municipio / Distrito: | zona: Cabecera Municipal | Centro Poblado | Punto Dispensio: Centro Poblado | Punto Rural: Centro Poblado |
| Departamento: | Municipio / Distrito: | zona: Cabecera Municipal | Centro Poblado | Punto Dispensio: Centro Poblado | Punto Rural: Centro Poblado |

|                               |                                                                    |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 57. Teléfono fijo y/o celular | 58. Tipo de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

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

|                                                                                                                            |                                      |                                            |                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO |                                      |                                            |                                                                     |
| 55. Nombre o razón social                                                                                                  | 56. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de sistema o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
| SERVICIOS EMPRESARIALES SYK                                                                                                | NIT                                  | 900789555-7                                |                                                                     |
| 59. Ubicación Dirección                                                                                                    | 60. Teléfono fijo o Celular          |                                            |                                                                     |
| AVENIDA MIROLINDO 6-344                                                                                                    | 3108965249                           |                                            |                                                                     |
| Correo Electrónico                                                                                                         | Departamento                         | Municipio / Centro                         |                                                                     |
| auxgestionhumanaesototal5@gmail.com                                                                                        | TOLIMA                               | IBAGUE                                     |                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 61. Tipo de novedad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos adicionales de identificación.<br><input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.<br><input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.<br><input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.<br><input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.<br><input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retiro al país. | <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado<br><input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen<br><input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.<br><input type="checkbox"/> 17. Reporte del traspaso de propiedad al cónyuge.<br><input type="checkbox"/> 18. Reporte de la pensión de Pre-pensionado.<br><input type="checkbox"/> 19. Reporte de la pensión de Pensionado.<br><input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.<br><input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria. |

|                                                       |                  |               |                |
|-------------------------------------------------------|------------------|---------------|----------------|
| VI. DATOS Y ACTUALIZACIÓN SEGUN REPORTE DE LA NOVEDAD |                  |               |                |
| 61. Datos básicos de identificación                   | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| Primer Apellido                                       |                  |               |                |

|                                    |                                       |                        |                                                          |                         |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------|
| 62. Tipo de documento de identidad | 63. Número del documento de identidad | 64. Sexo               | 65. Sexo identificación                                  | 66. Fecha de nacimiento |
| CC                                 |                                       | Femenino Masculino     | F M                                                      |                         |
| 67. EPS anterior                   | 68. Fecha de novedad                  | 69. Motivo de traslado | 70. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |                         |
|                                    | 01/06/2026                            | Código                 |                                                          |                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <input type="checkbox"/> 71. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 72. Declaración de no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.<br><input type="checkbox"/> 73. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.<br><input type="checkbox"/> 74. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.<br><input type="checkbox"/> 75. Autorización para que la EPS solicite y otorgue datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones le requieran.<br><input type="checkbox"/> 77. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.<br><input type="checkbox"/> 78. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.<br><input type="checkbox"/> 79. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Epsén 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 |
|                                                                                                                                                               |                  |

|                                                                         |                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| IX. FIRMAS                                                              |                                                                                           |
| 80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional | 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio |
| <b>ROSA GAONA</b>                                                       |                                                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| X. ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexo: CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.<br><input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, o de la conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.<br><input type="checkbox"/> 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, o de la conciliación o sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, o de la conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.<br><input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.<br><input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.<br><input type="checkbox"/> 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 cónyuge sobre la ausencia de los dos padres.<br><input type="checkbox"/> 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.2 del Decreto 760 de 2018.<br><input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. |  |

|                                                                                        |                      |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------|
| XI. DATOS DE LA ENTIDAD PRESTADORA O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN ESPECIAL |                      |                              |
| 92. Identificación de la Entidad Territorial                                           | Código del municipio | 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                                                                                    | Segundo Apellido        | Primer Nombre             | Segundo Nombre |
| Primer Apellido                                                                                            |                         |                           |                |
| 95. Firma del funcionario                                                                                  | 96. Fecha de radicación | 97. Fecha de verificación |                |
|                                                                                                            |                         |                           |                |

|                                                                                                                                                                               |                     |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| 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 VI del formulario |                     |                       |
| Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial                                                                                                                          | Fecha de Radicación | Sticker procesamiento |
|                                                                                                                                                                               |                     |                       |

(Leer las instrucciones que se encuentran al respecto antes de diligenciar este formulario)

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                      |                                                                                 |                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Tipo de Trámite<br>A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades                                       | 2. Tipo de Afiliación<br>- Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Cotizante<br>A. Individual <input type="checkbox"/> C. Institucional | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado | 4. Contribución solidaria<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. Tipo de Afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia<br>C. Beneficiario D. Afiliado adicional | 6. Tipo de Cotizante<br>A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente<br>C. Pensionado                                                         | 7. Código<br>(a registrar por la EPS)                                           |                                                                                      |

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

|                                                                              |                                                                    |                                                                              |                                          |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 8. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: CASALLAS Segundo Apellido: GARCIA |                                                                    | Primer Nombre: YURI Segundo Nombre: PAOLA                                    |                                          |
| 9. Tipo de documento de identidad<br>CC                                      | 10. Número del documento de identidad<br>1005826345                | 11. Sexo biológico<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino | 12. Sexo identificación<br>F M T NO Otro |
| 13. Nacionalidad<br>COLOMBIANO                                               | 14. Lugar de nacimiento<br>País: COLOMBIA Departamento: Municipio: | 15. Fecha de nacimiento<br>01/13/5/2002 AAA                                  |                                          |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

|                                                                      |               |                                                                                                        |                                                                                      |                                                   |                                   |
|----------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 16. Etnia                                                            | 17. Comunidad | 18. Discapacidad<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad: | 19. Tiene encuesta SISGEN<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 20. Clasificación SISGEN<br>Nivel: Grupo:         | 21. Grupo de población especial   |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br>SURA                |               | 23. Administradora de Pensiones<br>PROTECCION                                                          |                                                                                      | 24. Ingreso base de cotización - IBC<br>1.750.905 | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
| 26. Residencia Dirección: CRA 1 SUR # 10-01, COMBEIMA Teléfono fijo: |               |                                                                                                        |                                                                                      |                                                   |                                   |
| Teléfono Celular: 3214300121                                         |               | Correo Electrónico: PAOLACASALLASG060@GMAIL.COM                                                        |                                                                                      |                                                   |                                   |
| Ubicación: TOLIMA                                                    |               | Municipio / Distrito: IBAGUE Localidad / Comuna:                                                       |                                                                                      |                                                   |                                   |
| Código: 0000                                                         |               | Código: 0000                                                                                           |                                                                                      |                                                   |                                   |

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

(Datos Básicos de Identificación del Cotizante o acompañante(s) permanente del cotizante)

|                                                               |                                                           |                                             |                                          |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|
| 27. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: |                                                           | Primer Nombre: Segundo Nombre:              |                                          |
| 28. Tipo de documento de identidad                            | 29. Número del documento de identidad                     | 30. Sexo biológico<br>Femenino Masculino    | 31. Sexo identificación<br>F M T NO Otro |
| 32. Nacionalidad                                              | 33. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 34. Fecha de nacimiento<br>01/01/01/01 AAAA |                                          |

(Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales)

|                                                               |                                                           |                                             |                                          |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|
| 35. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: |                                                           | Primer Nombre: Segundo Nombre:              |                                          |
| 36. Tipo de documento de identidad                            | 37. Número del documento de identidad                     | 38. Nacionalidad                            | 39. Sexo biológico<br>Femenino Masculino |
| 40. Sexo identificación<br>F M T NO Otro                      | 41. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 42. Fecha de nacimiento<br>01/01/01/01 AAAA |                                          |

|                                    |                                       |                  |                                          |                                          |                                                           |                                             |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 43. Tipo de documento de identidad | 44. Número del documento de identidad | 45. Nacionalidad | 46. Sexo biológico<br>Femenino Masculino | 47. Sexo identificación<br>F M T NO Otro | 48. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 49. Fecha de nacimiento<br>01/01/01/01 AAAA |
| 50. Tipo de documento de identidad | 51. Número del documento de identidad | 52. Nacionalidad | 53. Sexo biológico<br>Femenino Masculino | 54. Sexo identificación<br>F M T NO Otro | 55. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 56. Fecha de nacimiento<br>01/01/01/01 AAAA |

Datos complementarios del beneficiario

|              |           |               |                                 |                                                                                      |                                           |                                                                                                        |                                                                                       |
|--------------|-----------|---------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 57. Permisos | 58. Etnia | 59. Comunidad | 60. Grupo de población especial | 61. Tiene encuesta SISGEN<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 62. Clasificación SISGEN<br>Nivel: Grupo: | 63. Discapacidad<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad: | 64. Incapacidad permanente<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 65. Permisos | 66. Etnia | 67. Comunidad | 68. Grupo de población especial | 69. Tiene encuesta SISGEN<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 70. Clasificación SISGEN<br>Nivel: Grupo: | 71. Discapacidad<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad: | 72. Incapacidad permanente<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

|                             |                  |                        |             |                              |                                                                    |
|-----------------------------|------------------|------------------------|-------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 73. Dirección de residencia | 74. Departamento | 75. Municipio Distrito | 76. Código  | 77. Teléfono fijo y celular  | 78. Valor de la UPC del afiliado adicional en relación por la EPS  |
| 79. Dirección de residencia | 80. Departamento | 81. Municipio Distrito | 82. Código  | 83. Teléfono fijo y celular  | 84. Valor de la UPC del afiliado adicional en relación por la EPS  |
| 85. Dirección de residencia | 86. Departamento | 87. Municipio Distrito | 88. Código  | 89. Teléfono fijo y celular  | 90. Valor de la UPC del afiliado adicional en relación por la EPS  |
| 91. Dirección de residencia | 92. Departamento | 93. Municipio Distrito | 94. Código  | 95. Teléfono fijo y celular  | 96. Valor de la UPC del afiliado adicional en relación por la EPS  |
| 97. Dirección de residencia | 98. Departamento | 99. Municipio Distrito | 100. Código | 101. Teléfono fijo y celular | 102. Valor de la UPC del afiliado adicional en relación por la EPS |

|                              |                   |                         |             |                              |                                                                    |
|------------------------------|-------------------|-------------------------|-------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 103. Dirección de residencia | 104. Departamento | 105. Municipio Distrito | 106. Código | 107. Teléfono fijo y celular | 108. Valor de la UPC del afiliado adicional en relación por la EPS |
| 109. Dirección de residencia | 110. Departamento | 111. Municipio Distrito | 112. Código | 113. Teléfono fijo y celular | 114. Valor de la UPC del afiliado adicional en relación por la EPS |
| 115. Dirección de residencia | 116. Departamento | 117. Municipio Distrito | 118. Código | 119. Teléfono fijo y celular | 120. Valor de la UPC del afiliado adicional en relación por la EPS |
| 121. Dirección de residencia | 122. Departamento | 123. Municipio Distrito | 124. Código | 125. Teléfono fijo y celular | 126. Valor de la UPC del afiliado adicional en relación por la EPS |
| 127. Dirección de residencia | 128. Departamento | 129. Municipio Distrito | 130. Código | 131. Teléfono fijo y celular | 132. Valor de la UPC del afiliado adicional en relación por la EPS |

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

|                                                                                                                          |                                      |                                            |                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLE 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) |
| SERVICIOS EMPRESARIALES SYK                                                                                              | NIT                                  | 900789555-7                                |                                                                       |

|                                      |  |                         |                      |
|--------------------------------------|--|-------------------------|----------------------|
| 59. Ubicación                        |  | Teléfono fijo o Celular |                      |
| Después de                           |  | 3108965249              |                      |
| AVENIDA MIROLINDO 6-344              |  |                         |                      |
| Correo Electrónico                   |  | Departamento            | Municipio / Distrito |
| auxgestionhumanaaseototal5@gmail.com |  | TOLIMA                  | IBAGUE               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 60. Tipo de Novedad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.<br><input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.<br><input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código: <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.<br><input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.<br><input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS como afiliado. |  | <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado<br><input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen<br><input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia.<br><input type="checkbox"/> 17. Reporte del inicio de protección al cesante.<br><input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.<br><input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.<br><input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.<br><input type="checkbox"/> 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 |
|                                                    |                  |               |                |

|                                    |                                   |                    |                         |                         |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------|
| 62. Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 63. Sexo biológico | 64. Sexo identificación | 65. Fecha de nacimiento |
| CC                                 |                                   | Femenino Masculino | F M T NB Dir            | 0 0 M U A A A A A       |

|                  |                      |                        |                                                          |
|------------------|----------------------|------------------------|----------------------------------------------------------|
| 66. EPS anterior | 67. Fecha de novedad | 68. Motivo de traslado | 69. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|                  | 01/06/2026           | Código                 |                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <input type="checkbox"/> 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.<br><input type="checkbox"/> 71. Declaración de existencia de recursos de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.<br><input type="checkbox"/> 72. Declaración de no intención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.<br><input type="checkbox"/> 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.<br><input type="checkbox"/> 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones le requieran.<br><input type="checkbox"/> 75. Autorización para que la EPS envíe 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 1077 de 2015.<br><input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.<br><input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.<br><input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y la tarifa en Contribución Solidaria, según la arancelaria del Dato 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 es jefe o afiliado adicional | 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación, Institución o de Oficio |
| <i>JURY CASALLAS</i>                                                                   | <i>[Firma]</i>                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| X. ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexo: CN RC TI CC CE PA CO BC PT<br><input type="checkbox"/> 83. Copia del documento de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.<br><input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, o de la declaración o sentencia judicial que declare la unión marital.<br><input type="checkbox"/> 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, o de la declaración o sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, o de la declaración o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.<br><input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de inscripción o acta de entrega del menor.<br><input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.<br><input type="checkbox"/> 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración sujeta por el cotizante sobre la ausencia de sus dos padres.<br><input type="checkbox"/> 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 3, 17.3 del Decreto 710 de 2016.<br><input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se entienda la afiliación de oficio. |  |
| Total Anexos: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |

|                                                                                     |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL |                              |
| 82. Identificación de la Entidad Territorial                                        | 83. 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 |                  |
| 84. Apellidos y nombres                                                                                    |                  |
| Primer Apellido                                                                                            | Segundo Apellido |
|                                                                                                            |                  |

|                                |                                   |                           |                          |                         |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 85. Firma del funcionario | 86. Fecha de realización | 87. Fecha de validación |
|                                |                                   |                           | 0 0 M U A A A A A        | 0 0 M U A A A A A       |

|                |  |
|----------------|--|
| OBSERVACIONES: |  |
|                |  |

|                                                                                                                                                                                |                    |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|
| Recuerde que con la firma del formulante, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario |                    |                      |
| Otro identificación y nombre del Encargado Comercial                                                                                                                           | Sello de Redacción | Órgano procesamiento |
|                                                                                                                                                                                |                    |                      |

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

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

|                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                          |                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Tipo de Trámite<br>A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades                                                                                                               | 2. Tipo de Afiliación<br>A. Individual - Colitante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. De Oficio <input type="checkbox"/><br>D. Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/> E. Institucional <input type="checkbox"/> | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/> | 4. Contribución solicitante<br>Si No |
| 5. Tipo de Afiliado<br>A. Colitante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/> | 6. Tipo de Colitante<br>A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>                                                                                                                                       | 7. Código<br>(se registra por la EPS)                                                                    |                                      |

**II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del colitante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplica o afiliado adicional)**

|                                                                                                                                                       |                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 8. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: <b>FAJARDO</b> Segundo Apellido: <b>GUZMAN</b> Primer Nombre: <b>MILTON</b> Segundo Nombre: <b>AUGUSTO</b> |                                                                           |
| 9. Tipo de documento de identidad<br>CC                                                                                                               | 10. Número del documento de identidad<br>79136762                         |
| 11. Sexo biológico<br>Femenino Masculino <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          | 12. Sexo identificación<br>F M X T NB Otro                                |
| 13. Nacionalidad<br>COLOMBIANO                                                                                                                        | 14. Lugar de nacimiento<br>País: <b>COLOMBIA</b> Departamento: Municipio: |
| 15. Fecha de nacimiento<br>01/21/1971 AAAA                                                                                                            |                                                                           |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

|                                                                                            |  |                                                      |                                                     |                                                                    |                          |                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| 16. Etnia                                                                                  |  | 17. Comunidad                                        | 18. Discapacidad<br>Si No Categoría de discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBEN                                          | 20. Clasificación SISBEN | 21. Grupo de población especial   |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br><b>SURA</b>                               |  | 23. Administradora de Pensiones                      |                                                     | 24. Ingreso base de cotización - IBC<br>1.750.905                  |                          | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
| 26. Residencia Dirección: <b>TORRE 1 APTO 604 BALCONES DE SANTA CECILIA</b> Teléfono fijo: |  |                                                      |                                                     |                                                                    |                          |                                   |
| Teléfono celular: <b>3023970824</b>                                                        |  | Correo Electrónico: <b>miltontajardo71@gmail.com</b> |                                                     |                                                                    |                          |                                   |
| Ubicación: <b>TOLIMA</b> Municipio / Distrito: <b>IBAGUE</b>                               |  | Localidad / Comuna:                                  |                                                     | Zona: Cabecera Municipal Rural Dispersa Centro Poblado Resto Rural |                          |                                   |

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

|                                                                                              |                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 27. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: |                                          |
| 28. Tipo de documento de identidad                                                           | 29. Número del documento de identidad    |
| 30. Sexo biológico<br>Femenino Masculino                                                     | 31. Sexo identificación<br>F M T NB Otro |
| 32. Nacionalidad                                                                             | 33. Fecha de nacimiento<br>AAAA          |

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

|                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 34. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: |
| 35. Tipo de documento de identidad                                                           |
| 36. Número del documento de identidad                                                        |
| 37. Nacionalidad                                                                             |
| 38. Sexo biológico                                                                           |
| 39. Sexo identificación                                                                      |
| 40. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio:                                    |
| 41. Fecha de nacimiento<br>AAAA                                                              |

|                                    |                                       |                  |                    |                         |                                                           |                                 |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------|--------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 42. Tipo de documento de identidad | 43. Número del documento de identidad | 44. Nacionalidad | 45. Sexo biológico | 46. Sexo identificación | 47. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 48. Fecha de nacimiento<br>AAAA |
| 49. Tipo de documento de identidad | 50. Número del documento de identidad | 51. Nacionalidad | 52. Sexo biológico | 53. Sexo identificación | 54. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 55. Fecha de nacimiento<br>AAAA |
| 56. Tipo de documento de identidad | 57. Número del documento de identidad | 58. Nacionalidad | 59. Sexo biológico | 60. Sexo identificación | 61. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 62. Fecha de nacimiento<br>AAAA |
| 63. Tipo de documento de identidad | 64. Número del documento de identidad | 65. Nacionalidad | 66. Sexo biológico | 67. Sexo identificación | 68. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 69. Fecha de nacimiento<br>AAAA |
| 70. Tipo de documento de identidad | 71. Número del documento de identidad | 72. Nacionalidad | 73. Sexo biológico | 74. Sexo identificación | 75. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 76. Fecha de nacimiento<br>AAAA |

**Datos complementarios del beneficiario**

|                 |           |               |                                 |                           |                          |                  |                             |
|-----------------|-----------|---------------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------|-----------------------------|
| 43. Pertenencia | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBEN | 48. Clasificación SISBEN | 49. Discapacidad | 50. Discapacidad permanente |
| 51. Pertenencia | 52. Etnia | 53. Comunidad | 54. Grupo de población especial | 55. Tiene encuesta SISBEN | 56. Clasificación SISBEN | 57. Discapacidad | 58. Discapacidad permanente |
| 59. Pertenencia | 60. Etnia | 61. Comunidad | 62. Grupo de población especial | 63. Tiene encuesta SISBEN | 64. Clasificación SISBEN | 65. Discapacidad | 66. Discapacidad permanente |
| 67. Pertenencia | 68. Etnia | 69. Comunidad | 70. Grupo de población especial | 71. Tiene encuesta SISBEN | 72. Clasificación SISBEN | 73. Discapacidad | 74. Discapacidad permanente |
| 75. Pertenencia | 76. Etnia | 77. Comunidad | 78. Grupo de población especial | 79. Tiene encuesta SISBEN | 80. Clasificación SISBEN | 81. Discapacidad | 82. Discapacidad permanente |

**51. Datos de residencia**

|                   |                           |            |                                 |                                                               |
|-------------------|---------------------------|------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Departamento:     | Municipio / Distrito:     | Zona:      | Teléfono fijo y/o celular:      | 52. Valor de la UIC del afiliado adicional a tener en cuenta  |
| 53. Departamento: | 54. Municipio / Distrito: | 55. Zona:  | 56. Teléfono fijo y/o celular:  | 57. Valor de la UIC del afiliado adicional a tener en cuenta  |
| 58. Departamento: | 59. Municipio / Distrito: | 60. Zona:  | 61. Teléfono fijo y/o celular:  | 62. Valor de la UIC del afiliado adicional a tener en cuenta  |
| 63. Departamento: | 64. Municipio / Distrito: | 65. Zona:  | 66. Teléfono fijo y/o celular:  | 67. Valor de la UIC del afiliado adicional a tener en cuenta  |
| 68. Departamento: | 69. Municipio / Distrito: | 70. Zona:  | 71. Teléfono fijo y/o celular:  | 72. Valor de la UIC del afiliado adicional a tener en cuenta  |
| 73. Departamento: | 74. Municipio / Distrito: | 75. Zona:  | 76. Teléfono fijo y/o celular:  | 77. Valor de la UIC del afiliado adicional a tener en cuenta  |
| 78. Departamento: | 79. Municipio / Distrito: | 80. Zona:  | 81. Teléfono fijo y/o celular:  | 82. Valor de la UIC del afiliado adicional a tener en cuenta  |
| 83. Departamento: | 84. Municipio / Distrito: | 85. Zona:  | 86. Teléfono fijo y/o celular:  | 87. Valor de la UIC del afiliado adicional a tener en cuenta  |
| 88. Departamento: | 89. Municipio / Distrito: | 90. Zona:  | 91. Teléfono fijo y/o celular:  | 92. Valor de la UIC del afiliado adicional a tener en cuenta  |
| 93. Departamento: | 94. Municipio / Distrito: | 95. Zona:  | 96. Teléfono fijo y/o celular:  | 97. Valor de la UIC del afiliado adicional a tener en cuenta  |
| 98. Departamento: | 99. Municipio / Distrito: | 100. Zona: | 101. Teléfono fijo y/o celular: | 102. Valor de la UIC del afiliado adicional a tener en cuenta |

|                                                                     |  |                                               |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|
| 33. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS |  | 34. Código de la IPS (a registrar por la EPS) |  |
| C                                                                   |  |                                               |  |
| B1                                                                  |  |                                               |  |
| B2                                                                  |  |                                               |  |
| B3                                                                  |  |                                               |  |
| B4                                                                  |  |                                               |  |
| B5                                                                  |  |                                               |  |

|                                                                                                                            |                                      |                                            |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAÍO |                                      |                                            |                                                                       |
| 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) |
| SERVICIOS EMPRESARIALES SYK                                                                                                | NIT                                  | 900789555-7                                |                                                                       |
| 59. Ubicación Dirección                                                                                                    |                                      |                                            | 60. Teléfono fijo o Celular                                           |
| AVENIDA MIROLINDO 6-344                                                                                                    |                                      |                                            | 3108965249                                                            |
| Correo Electrónico                                                                                                         |                                      | Departamento                               | Municipio / Distrito                                                  |
| auxgestionhumanaaseototal@gmail.com                                                                                        |                                      | TOLIMA                                     | IBAGUE                                                                |

|                                                                                                                     |                                                                                                                                |                                                                                                             |                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 61. Tipo de Novedad                                                                                                 |                                                                                                                                | 62. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas                              |                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.                                        | <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas                        | <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas | <input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.                                          | <input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen | <input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.                    | <input type="checkbox"/> 17. Reporte del cambio de protección al cesante                                                                |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.                                          | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado                                                           | <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado                                            | <input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria                                                                           |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.                                    | <input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria                                                                  |                                                                                                             |                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código                                         |                                                                                                                                |                                                                                                             |                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código                                          |                                                                                                                                |                                                                                                             |                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  |                                                                                                                                |                                                                                                             |                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  |                                                                                                                                |                                                                                                             |                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.                   |                                                                                                                                |                                                                                                             |                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. |                                                                                                                                |                                                                                                             |                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorne al país.                                                       |                                                                                                                                |                                                                                                             |                                                                                                                                         |

|                                                    |                                       |                         |                                                          |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------|
| VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD |                                       |                         |                                                          |
| 63. Datos básicos de identificación                |                                       | 64. Fecha de nacimiento |                                                          |
| Primer Apellido                                    | Segundo Apellido                      | Primer Nombre           | Segundo Nombre                                           |
|                                                    |                                       |                         |                                                          |
| 65. Tipo de documento de identidad                 | 66. Número del documento de identidad | 67. Sexo biológico      | 68. Sexo identificación                                  |
| CC                                                 |                                       | Femenino Masculino      | Quil                                                     |
| 69. EPS anterior                                   | 70. Fecha de novedad                  | 71. Motivo de traslado  | 72. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|                                                    | 01/06/2026                            | Código                  |                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 73. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.                                                                                                                                    |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 74. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.                                                                                                                          |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 75. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.                                                              |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 76. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.                                                             |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 77. 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.                                                  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 78. 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.    |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 79. 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 1577 de 2013. |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 80. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como miembros de texto.                                                                                                               |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 81. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.                                                                                                     |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 82. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sishén vigente.                                                                                        |  |  |  |

|                                                                                                                                                               |                  |               |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|----------------|
| VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA                                                                                                                                  |                  |               |                |
| 73. 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 |
|                                                                                                                                                               |                  |               |                |

|                                                                                         |                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| IX. FIRMAS                                                                              |                                                                                            |
| 83. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando actúe como afiliado adicional | 84. Aportante o entidad responsable de la Afiliación Colectiva, Institucional o del Oficio |
| MILTON FAJARDO                                                                          |                                                                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| X. ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 85. Anexo copia del documento de identidad                                                                                                                                                                                                               | Cantidad de documentos de identidad anexo: CN RC TI CC CO RA CD EC PT |
| <input type="checkbox"/> 86. Copia del acta de inscripción matrimonial emitido por la autoridad competente.                                                                                                                                                                       |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 87. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, o de la certificación o sentencia judicial que declare la unión marital.                                                                                                          |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 88. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare al divorcio, separación judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, o de la certificación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 89. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de adopción.                                                                                                                                                                                    |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 90. Documento en el que conste la patria de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración sujeta por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.                                                                |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 91. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud número 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.                                                                                                   |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 92. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.                                                                                                                                                         |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 93. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación al oficio.                                                                                          |                                                                       |

|                                                                                        |                      |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------|
| XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE LA POBLACIÓN ESPECIAL |                      |                         |
| 94. Identificación de la Entidad Territorial                                           | Código del municipio | Código del departamento |
|                                                                                        |                      |                         |
| 95. Nombre de la Institución                                                           |                      |                         |
|                                                                                        |                      |                         |

|                                                                                                               |                                       |                            |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE LA POBLACIÓN ESPECIAL |                                       |                            |                          |
| 96. Apellidos y nombres                                                                                       |                                       | 97. Fecha de validación    |                          |
| Primer Apellido                                                                                               | Segundo Apellido                      | Primer Nombre              | Segundo Nombre           |
|                                                                                                               |                                       |                            |                          |
| 98. Tipo de documento de identidad                                                                            | 99. Número del documento de identidad | 100. Firma del funcionario | 101. Fecha de nacimiento |
|                                                                                                               |                                       |                            |                          |

|                                                                                                                                                                                 |                   |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                  |                   |                       |
| Recuerde que con la firma del funcionario, 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                                                                                                                            | Logo de radiación | Símbolo procesamiento |
|                                                                                                                                                                                 |                   |                       |



|                                                                     |  |                                               |
|---------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|
| 62. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS |  | 64. Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
| C                                                                   |  |                                               |
| B1                                                                  |  |                                               |
| B2                                                                  |  |                                               |
| B3                                                                  |  |                                               |
| B4                                                                  |  |                                               |
| B5                                                                  |  |                                               |

|                                                                                                                            |                                                    |                                                                  |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO |                                                    |                                                                  |                                                                       |
| 65. Nombre o razón social<br><b>SERVICIOS EMPRESARIALES SYK</b>                                                            | 66. Tipo documento de identificación<br><b>NIT</b> | 67. Número del documento de identificación<br><b>900789555-7</b> | 68. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
| 69. Ubicación<br>Dirección:<br><b>AVENIDA MIROLINDO 6-344</b>                                                              |                                                    | Teléfono fijo o Celular<br><b>3108965249</b>                     |                                                                       |
| Correo Electrónico<br><b>auxgestionhumanaaseototal5@gmail.com</b>                                                          |                                                    | Departamento<br><b>TOLIMA</b>                                    | Municipio / Distrito<br><b>IBAGUE</b>                                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 69. Tipo de novedad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.<br><input type="checkbox"/> 4. Actualización y conexión de datos complementarios.<br><input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código: <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.<br><input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.<br><input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS rebalsa al país. | <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado<br><input type="checkbox"/> 15. Tratado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen<br><input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.<br><input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante.<br><input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.<br><input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.<br><input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.<br><input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria. |

|                                                     |                                           |                                                                                            |                                                          |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN RESPECTO DE LA NOVEDAD |                                           |                                                                                            |                                                          |
| 61. Datos básicos de identificación                 |                                           | Segundo Apellido                                                                           |                                                          |
| Primer Apellido                                     |                                           | Primer Nombre                                                                              |                                                          |
| Segundo Nombre                                      |                                           |                                                                                            |                                                          |
| 62. Tipo de documento de identidad<br><b>CC</b>     | Número del documento de identidad         | 63. Sexo biológico<br>Femenino Masculino <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 64. Fecha de nacimiento<br>D M A A A A A A               |
| 65. EPS anterior                                    | 66. Fecha de novedad<br><b>01/06/2026</b> | 67. Motivo de traslado<br>Código: <input type="text"/>                                     | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo. Especial p. de inscripción.<br><input type="checkbox"/> 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.<br><input type="checkbox"/> 72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.<br><input type="checkbox"/> 73. Autorización para que la EPS envíe y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del retiro de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.<br><input type="checkbox"/> 75. Autorización para que la EPS envíe los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1801 de 2015 y el Decreto 1277 de 2015.<br><input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajería de texto.<br><input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.<br><input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Dacán 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 |
|                                                                                                                                                               |                  |               |                |

|                                                                                        |                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| IX. FIRMAS                                                                             |                                                                                           |
| 80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique a afiliado adicional | 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio |
| <b>KAREN HONDS</b>                                                                     | <b>VILLALBA</b>                                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| X. ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexo: <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PT<br><input type="checkbox"/> 83. Copia del acta de inscripción permanente emitido por la autoridad competente.<br><input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de constitución o sentencia judicial que declare la unión marital.<br><input type="checkbox"/> 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la extinción de cuerpos y escritura pública, acta de constitución o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.<br><input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.<br><input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.<br><input type="checkbox"/> 88. Documento en el 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.<br><input type="checkbox"/> 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 760 de 2018.<br><input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o en ordena la afiliación de oficio. |  |

|                                                                                       |                      |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------|
| XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE REGISTRO ESPECIAL |                      |                         |
| 82. Identificación de la Entidad Territorial                                          | Código del municipio | Código del departamento |
|                                                                                       |                      |                         |
| 83. Nombre de la Institución                                                          |                      |                         |
|                                                                                       |                      |                         |

|                                                                                                           |                         |                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|--|
| XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE REGISTRO ESPECIAL |                         |                         |  |
| 84. Apellidos y nombres                                                                                   |                         | Segundo Apellido        |  |
| Primer Apellido                                                                                           |                         | Primer Nombre           |  |
| Segundo Nombre                                                                                            |                         |                         |  |
| 85. Firma del funcionario                                                                                 | 86. Fecha de radicación | 87. Fecha de validación |  |
|                                                                                                           | D M A A A A A A         | D M A A 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 |                         |                            |
| 88. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial                                                                                                                            | 89. Sello de Radicación | 90. Sello de procesamiento |
|                                                                                                                                                                                |                         |                            |

|    |    |      |
|----|----|------|
| ୦୭ | ୦୮ | ୨୦୨୧ |
|----|----|------|

Las 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 <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades                                                                                                              |  |                                       |                  | A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De Oficio |  |                         |  | A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidado |                | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |
| 5. Tipo de Afiliado                                                                                                                                                                    |  |                                       |                  | 6. Tipo de Cotizante                                                                                                                                                           |  |                         |  | 7. Código                                                        |                |                                                         |  |
| A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/> |  |                                       |                  | A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>                                            |  |                         |  | (a registrar por la EPS)                                         |                |                                                         |  |
| II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)                                                              |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 8. Apellidos y nombres                                                                                                                                                                 |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| Primer Apellido                                                                                                                                                                        |  |                                       | Segundo Apellido |                                                                                                                                                                                |  | Primer Nombre           |  |                                                                  | Segundo Nombre |                                                         |  |
| VILLARRAGA                                                                                                                                                                             |  |                                       | ALDANA           |                                                                                                                                                                                |  | JORGE                   |  |                                                                  | ELIECER        |                                                         |  |
| 9. Tipo de documento de identidad                                                                                                                                                      |  | 10. Número del documento de identidad |                  | 11. Sexo biológico                                                                                                                                                             |  | 12. Sexo identificación |  | 13. Nacionalidad                                                 |                |                                                         |  |
| CC                                                                                                                                                                                     |  | 93154483                              |                  | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                |  | F M T NB Otro           |  | COLOMBIANO                                                       |                |                                                         |  |
| 14. Lugar de nacimiento                                                                                                                                                                |  | 15. Fecha de nacimiento               |                  | 16. Departamento                                                                                                                                                               |  | 17. Municipio           |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| COLOMBIA                                                                                                                                                                               |  | 04/15/1982                            |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| III. DATOS COMPLEMENTARIOS                                                                                                                                                             |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 18. Etnia                                                                                                                                                                              |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 19. Comunidad                                                                                                                                                                          |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 20. Tiene encuesta SISBEN                                                                                                                                                              |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 21. Clasificación SISBEN                                                                                                                                                               |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 22. Grupo de población especial                                                                                                                                                        |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 23. Administradora de Riesgos Laborales - ARL                                                                                                                                          |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 24. Administradora de Pensiones                                                                                                                                                        |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 25. Ingreso base de cotización - IBC                                                                                                                                                   |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 26. Tasa Contribución Solidaria                                                                                                                                                        |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 27. Residencia Domicilio                                                                                                                                                               |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 28. Teléfono fijo                                                                                                                                                                      |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 29. Teléfono celular                                                                                                                                                                   |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 30. Correo Electrónico                                                                                                                                                                 |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 31. Departamento                                                                                                                                                                       |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 32. Municipio / Distrito                                                                                                                                                               |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 33. Localidad / Comuna                                                                                                                                                                 |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 34. Zona                                                                                                                                                                               |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 35. Tipo de vivienda                                                                                                                                                                   |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 36. Tipo de habitación                                                                                                                                                                 |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR                                                                                                                        |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 37. Datos Básicos de Identificación del Cotizante o compañero(a) permanente del cotizante                                                                                              |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 38. Apellidos y nombres                                                                                                                                                                |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| Primer Apellido                                                                                                                                                                        |  |                                       | Segundo Apellido |                                                                                                                                                                                |  | Primer Nombre           |  |                                                                  | Segundo Nombre |                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                        |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 39. Tipo de documento de identidad                                                                                                                                                     |  | 40. Número del documento de identidad |                  | 41. Sexo biológico                                                                                                                                                             |  | 42. Sexo identificación |  | 43. Nacionalidad                                                 |                |                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                        |  |                                       |                  | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>                                                                                                           |  | F M T NB Otro           |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 44. Lugar de nacimiento                                                                                                                                                                |  | 45. Fecha de nacimiento               |                  | 46. Departamento                                                                                                                                                               |  | 47. Municipio           |  |                                                                  |                |                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                        |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| V. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES                                                                                                 |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 48. Apellidos y nombres                                                                                                                                                                |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| Primer Apellido                                                                                                                                                                        |  |                                       | Segundo Apellido |                                                                                                                                                                                |  | Primer Nombre           |  |                                                                  | Segundo Nombre |                                                         |  |
| 01                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 02               |                                                                                                                                                                                |  | 03                      |  |                                                                  | 04             |                                                         |  |
| 05                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 06               |                                                                                                                                                                                |  | 07                      |  |                                                                  | 08             |                                                         |  |
| 09                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 10               |                                                                                                                                                                                |  | 11                      |  |                                                                  | 12             |                                                         |  |
| 13                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 14               |                                                                                                                                                                                |  | 15                      |  |                                                                  | 16             |                                                         |  |
| 17                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 18               |                                                                                                                                                                                |  | 19                      |  |                                                                  | 20             |                                                         |  |
| 21                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 22               |                                                                                                                                                                                |  | 23                      |  |                                                                  | 24             |                                                         |  |
| 25                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 26               |                                                                                                                                                                                |  | 27                      |  |                                                                  | 28             |                                                         |  |
| 29                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 30               |                                                                                                                                                                                |  | 31                      |  |                                                                  | 32             |                                                         |  |
| 33                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 34               |                                                                                                                                                                                |  | 35                      |  |                                                                  | 36             |                                                         |  |
| 37                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 38               |                                                                                                                                                                                |  | 39                      |  |                                                                  | 40             |                                                         |  |
| 41                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 42               |                                                                                                                                                                                |  | 43                      |  |                                                                  | 44             |                                                         |  |
| 45                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 46               |                                                                                                                                                                                |  | 47                      |  |                                                                  | 48             |                                                         |  |
| 49                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 50               |                                                                                                                                                                                |  | 51                      |  |                                                                  | 52             |                                                         |  |
| 53                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 54               |                                                                                                                                                                                |  | 55                      |  |                                                                  | 56             |                                                         |  |
| 57                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 58               |                                                                                                                                                                                |  | 59                      |  |                                                                  | 60             |                                                         |  |
| 61                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 62               |                                                                                                                                                                                |  | 63                      |  |                                                                  | 64             |                                                         |  |
| 65                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 66               |                                                                                                                                                                                |  | 67                      |  |                                                                  | 68             |                                                         |  |
| 69                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 70               |                                                                                                                                                                                |  | 71                      |  |                                                                  | 72             |                                                         |  |
| 73                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 74               |                                                                                                                                                                                |  | 75                      |  |                                                                  | 76             |                                                         |  |
| 77                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 78               |                                                                                                                                                                                |  | 79                      |  |                                                                  | 80             |                                                         |  |
| 81                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 82               |                                                                                                                                                                                |  | 83                      |  |                                                                  | 84             |                                                         |  |
| 85                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 86               |                                                                                                                                                                                |  | 87                      |  |                                                                  | 88             |                                                         |  |
| 89                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 90               |                                                                                                                                                                                |  | 91                      |  |                                                                  | 92             |                                                         |  |
| 93                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 94               |                                                                                                                                                                                |  | 95                      |  |                                                                  | 96             |                                                         |  |
| 97                                                                                                                                                                                     |  |                                       | 98               |                                                                                                                                                                                |  | 99                      |  |                                                                  | 100            |                                                         |  |
| VI. DATOS COMPLEMENTARIOS DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES                                                                                                          |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 93. Parentesco                                                                                                                                                                         |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 94. Edad                                                                                                                                                                               |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 95. Comunidad                                                                                                                                                                          |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 96. Grupo de población especial                                                                                                                                                        |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 97. Tiene encuesta SISBEN                                                                                                                                                              |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 98. Clasificación SISBEN                                                                                                                                                               |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 99. Desapacitado                                                                                                                                                                       |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 100. Inapacitado permanente                                                                                                                                                            |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 101. Etnia                                                                                                                                                                             |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 102. Tipo de vivienda                                                                                                                                                                  |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 103. Tipo de habitación                                                                                                                                                                |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 104. Tipo de habitación                                                                                                                                                                |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 105. Tipo de habitación                                                                                                                                                                |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 106. Tipo de habitación                                                                                                                                                                |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 107. Tipo de habitación                                                                                                                                                                |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 108. Tipo de habitación                                                                                                                                                                |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 109. Tipo de habitación                                                                                                                                                                |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 110. Tipo de habitación                                                                                                                                                                |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 111. Tipo de habitación                                                                                                                                                                |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 112. Tipo de habitación                                                                                                                                                                |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 113. Tipo de habitación                                                                                                                                                                |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 114. Tipo de habitación                                                                                                                                                                |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 115. Tipo de habitación                                                                                                                                                                |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 116. Tipo de habitación                                                                                                                                                                |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 117. Tipo de habitación                                                                                                                                                                |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 118. Tipo de habitación                                                                                                                                                                |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 119. Tipo de habitación                                                                                                                                                                |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 120. Tipo de habitación                                                                                                                                                                |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 121. Tipo de habitación                                                                                                                                                                |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |
| 122. Tipo de habitación                                                                                                                                                                |  |                                       |                  |                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                                                  |                |                                                         |  |

|                                                                     |  |                                               |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|
| 83. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS |  | 84. Código de la IPS (a registrar por la EPS) |  |
| C                                                                   |  |                                               |  |
| B1                                                                  |  |                                               |  |
| B2                                                                  |  |                                               |  |
| B3                                                                  |  |                                               |  |
| B4                                                                  |  |                                               |  |
| B5                                                                  |  |                                               |  |

|                                                                                                                            |                                      |                                            |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO |                                      |                                            |                                                                       |
| 85. Nombre o razón social                                                                                                  | 86. Tipo documento de identificación | 87. Número del documento de identificación | 88. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
| SERVICIOS EMPRESARIALES SYK                                                                                                | NIT                                  | 900789555-7                                |                                                                       |
| 89. Ubicación Dirección                                                                                                    | 90. Teléfono fijo o celular          |                                            |                                                                       |
| AVENIDA MIROLINDO 6-344                                                                                                    | 3108965249                           |                                            |                                                                       |
| Correo Electrónico                                                                                                         | Departamento                         | Municipio / Distrito                       |                                                                       |
| auxgestionhumanaaseptotal5@gmail.com                                                                                       | TOLIMA                               | IBAGUE                                     |                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 90. Tipo de Novedad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.<br><input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.<br><input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código: <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de aliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de aliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.<br><input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.<br><input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país. | <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidado<br><input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen<br><input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.<br><input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante.<br><input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.<br><input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.<br><input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.<br><input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria. |

|                                                    |                                       |                        |                                                           |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------|
| VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN REPORTE DE LA NOVEDAD |                                       |                        |                                                           |
| 91. Datos básicos de identificación                |                                       | 92. Sexo               |                                                           |
| Primer Apellido                                    | Segundo Apellido                      | Primer Nombre          | Segundo Nombre                                            |
|                                                    |                                       |                        |                                                           |
| 93. Tipo de documento de identidad                 | 94. Número del documento de identidad | 95. Sexo biológico     | 96. Sexo identificación                                   |
| CC                                                 |                                       | Femenino Masculino     | F M T NI OXI                                              |
| 97. EPS anterior                                   | 98. Fecha de novedad                  | 99. Motivo de traslado | 100. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|                                                    | 01/06/2026                            | Código                 |                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> 101. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y aliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 102. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.<br><input type="checkbox"/> 103. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.<br><input type="checkbox"/> 104. Declaración de no inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o aliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.<br><input type="checkbox"/> 105. 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 aliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 106. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de aliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.<br><input type="checkbox"/> 107. Autorización para que la EPS envíe la información del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o aliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1601 de 2012 y el Decreto 1377 de 2003.<br><input type="checkbox"/> 108. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como miembros de familia.<br><input type="checkbox"/> 109. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.<br><input type="checkbox"/> 110. Aceptación de la actualización del grupo familiar y de tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Dólar Vigente. |  |

|                                                                                                                                                                |                  |               |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|----------------|
| VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA                                                                                                                                   |                  |               |                |
| 111. 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 |
|                                                                                                                                                                |                  |               |                |

|                                                                                          |                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| IX. FIRMAS                                                                               |                                                                                            |
| 112. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique a aliados adicionales | 113. Aportante o entidad responsable de la aplicación colectiva, Institucional o de Oficio |
| JORGE VILLARAGA                                                                          |                                                                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| X. ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <input type="checkbox"/> 114. Anexo copia del documento de identidad. Carácter de documentos de identidad anexo: CN RC TI CC CE PA CD GC PT<br><input type="checkbox"/> 115. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.<br><input type="checkbox"/> 116. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.<br><input type="checkbox"/> 117. 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.<br><input type="checkbox"/> 118. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.<br><input type="checkbox"/> 119. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.<br><input type="checkbox"/> 120. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración sujeta por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.<br><input type="checkbox"/> 121. 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.<br><input type="checkbox"/> 122. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 123. 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: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |

|                                                                                       |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL |                               |
| 124. Identificación de la Entidad Territorial                                         | 125. 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 |                            |
| 126. Apellidos y nombres                                                                                   | 127. Firma del funcionario |
| Primer Apellido                                                                                            | Segundo Apellido           |
|                                                                                                            |                            |

|                                     |                                        |                          |                          |
|-------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 128. Tipo de documento de identidad | 129. Número del documento de identidad | 130. Fecha de radicación | 131. Fecha de validación |
|                                     |                                        | 01/06/2026               | 01/06/2026               |

|               |  |
|---------------|--|
| OBSERVACIONES |  |
|               |  |

|                                                                                                                                                                                |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Recuerde que con la firma del funcionario, el afilado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario |                     |
| Cód. identificación y nombre del Ejecuto Comercial                                                                                                                             | Setor de Radicación |
|                                                                                                                                                                                | Setor procesamiento |

Leer las instrucciones que se encuentran al respecto antes de diligenciar este formulario

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

|                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                         |                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Tipo de Trámite<br>A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades                                                                                                               | 2. Tipo de Afiliación<br>A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. De Otro <input type="checkbox"/><br>B. Beneficiario D. Afiliado adicional | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidado <input type="checkbox"/> | 4. Contribución solidaria<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. Tipo de Afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/> | 6. Tipo de Cotizante<br>A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>                                                                   | 7. Código<br>(a registrar por la EPS)                                                                   |                                                                                      |

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

|                                                                                              |                                                                           |                                                                                                       |                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: <b>MURILLO</b> Segundo Apellido: <b>SALANUEVA</b> |                                                                           | Primer Nombre: <b>KAROL</b> Segundo Nombre: <b>GREY</b>                                               |                                                                                                                                                                                  |
| 9. Tipo de documento de identidad<br><b>CC</b>                                               | 10. Número del documento de identidad<br><b>28542229</b>                  | 11. Sexo biológico<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 12. Sexo identificación<br>F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> |
| 13. Nacionalidad<br><b>COLOMBIANO</b>                                                        | 14. Lugar de nacimiento<br>País: <b>COLOMBIA</b> Departamento: Municipio: | 15. Fecha de nacimiento<br><b>05/4/1980</b>                                                           |                                                                                                                                                                                  |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

|                                                                       |               |                                                                                                                                                                                              |                                                          |                          |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| 16. Etnia                                                             | 17. Comunidad | 18. Discapacidad<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad:                                                                                       | 19. Tiene encuesta SISBEN                                | 20. Clasificación SISBEN | 21. Grupo de población especial   |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br><b>SURA</b>          |               | 23. Administradora de Pensiones<br><b>PORVENIR</b>                                                                                                                                           | 24. Ingreso base de cotización - IBC<br><b>1.750.905</b> |                          | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
| 26. Residencia Dirección: <b>MZ T CASA 2, VASCONIA</b> Teléfono fijo: |               |                                                                                                                                                                                              |                                                          |                          |                                   |
| Teléfono celular: <b>3242804566</b>                                   |               | Correo Electrónico: <b>karol16191005@hotmail.com</b>                                                                                                                                         |                                                          |                          |                                   |
| Departamento: <b>TOLIMA</b> Municipio / Distrito: <b>IBAGUE</b>       |               | Localidad / Comuna: Zona: Cabecera Municipal <input type="checkbox"/> Rural Dispersos <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Nucleo Rural <input type="checkbox"/> |                                                          |                          |                                   |

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

Otros Datos de identificación del cónyuge y compañero(a) permanente del cotizante

|                                                                                              |                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 27. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: |                                                                                                                                                                       |
| 28. Tipo de documento de identidad                                                           | 29. Número del documento de identidad                                                                                                                                 |
| 30. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>   | 31. Sexo identificación<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> |
| 32. Nacionalidad                                                                             | 33. Fecha de nacimiento                                                                                                                                               |
| 34. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio:                                    | 35. Fecha de nacimiento                                                                                                                                               |

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

|                                                                                              |                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 36. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: |                                                                                                                                                                       |
| 37. Tipo de documento de identidad                                                           | 38. Número del documento de identidad                                                                                                                                 |
| 39. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>   | 40. Sexo identificación<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> |
| 41. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio:                                    | 42. Fecha de nacimiento                                                                                                                                               |

**V. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL BENEFICIARIO**

|                                                                    |                                                                 |               |                                 |                           |                          |                  |                            |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------|----------------------------|
| 43. Pertenencia                                                    | 44. Etnia                                                       | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBEN | 48. Clasificación SISBEN | 49. Discapacidad | 50. Incapacidad permanente |
| 51. Dirección de residencia<br>Departamento: Municipio / Distrito: | 52. Valor de la UPC del ASESADO al 31/03/2012 a menos de la UPC |               |                                 |                           |                          |                  |                            |

|                                    |                                       |                                                                                            |                                                                                                                                                                       |                                                           |                         |
|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------|
| 53. Tipo de documento de identidad | 54. Número del documento de identidad | 55. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 56. Sexo identificación<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | 57. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 58. Fecha de nacimiento |
|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------|

|                                    |                                       |                                                                                            |                                                                                                                                                                       |                                                           |                         |
|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------|
| 59. Tipo de documento de identidad | 60. Número del documento de identidad | 61. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 62. Sexo identificación<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | 63. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 64. Fecha de nacimiento |
|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------|

|                                                                     |  |                                               |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|
| 53. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - EPS |  | 54. Código de la EPS (se registra por la EPS) |  |
| C                                                                   |  |                                               |  |
| 01                                                                  |  |                                               |  |
| 02                                                                  |  |                                               |  |
| 03                                                                  |  |                                               |  |
| 04                                                                  |  |                                               |  |
| 05                                                                  |  |                                               |  |

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

55. Nombre o razón social: **SERVICIOS EMPRESARIALES SYK** 56. Tipo documento de identificación: **NIT** 57. Número del documento de identificación: **900789555-7** 58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (se registra por la EPS)

59. Ubicación Dirección: **AVENIDA MIROLINDO 6-344** Teléfono fijo o Celular: **3108965249**

Correo Electrónico: **auxgestionhumanaaseototal5@gmail.com** Departamento: **TOLIMA** Municipio / Distrito: **IBAGUE**

60. Tipo de Novedad

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.<br><input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.<br><input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código: <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.<br><input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.<br><input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país. | <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado<br><input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen<br><input type="checkbox"/> 16. Reporte de teletrabajo del Cotizante o Cabeza de familia.<br><input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante.<br><input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.<br><input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.<br><input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.<br><input type="checkbox"/> 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:

62. Tipo de documento de identidad: **CC** 63. Número del documento de identidad:  64. Sexo biológico: ☐ Femenino ☐ Masculino 65. Sexo legal: ☐ F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro 66. Fecha de nacimiento:

67. EPS anterior:  68. Fecha de novedad: **01/06/2026** 69. Motivo de traslado:  Código:  70. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones:

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 71. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 72. Declaración de la no sujeción de afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 73. Declaración de exención de pago de honorarios de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 74. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 75. 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.
- ☐ 76. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 77. Autorización para que la EPS emita información al correo electrónico o al celular como miembros de texto.
- ☐ 78. Autorización para que la EPS emita información al correo electrónico o al celular como miembros de texto.
- ☐ 79. Autorización de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 80. Autorización de la actualización del grupo familiar y las brutas de Contribución Solidaria, según la estructura del Dato vigente.

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

81. 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:  (Código de documento de identidad: No. de documento de identidad)

## IX. FIRMAS

82. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: **Franco Munro** 83. Aportante o entidad responsable de la Contribución Solidaria Institucional o de Oficio: **[Firma]**

## X. MENOR

- ☐ 84. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexo:  CN  RC  TI  CC  CE  RA  CD  SC  PT
- ☐ 85. Copia del documento de inscripción permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 86. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de constitución o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 87. 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 constitución o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 88. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 89. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 90. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración sujeta por el cabeza de familia a la ausencia de los dos padres.
- ☐ 91. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.2.3 del Decreto 760 de 2018.
- ☐ 92. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 93. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

94. Identificación de la Entidad Territorial:  Código del departamento:  95. Nombre de la Institución:

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

96. Apellidos y nombres: Primer Apellido:  Segundo Apellido:  Primer Nombre:  Segundo Nombre:

97. Tipo de documento de identidad:  Número del documento de identidad:  98. Firma del funcionario:  99. Fecha de ratificación:  100. Fecha de validación:

OBSERVACIONES:

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial:  Dato de Ratificación:  Dato de procesamiento:

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

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

|                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                          |  |                                                                                      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Tipo de Trámite<br>A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades                                                                                                               |  | 2. Tipo de Afiliación<br>- Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> D. De Oficio <input type="checkbox"/><br>A. Individual <input type="checkbox"/> - Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> |  | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/> |  | 4. Contribución solidaria<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |
| 5. Tipo de Afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/> |  | 6. Tipo de Cotización<br>A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                              |  | 7. Código<br>(a registrar por la EPS)                                                                    |  |                                                                                      |  |

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

|                                                                                                                                          |                                                          |                                                                                                       |                                                                                                                                                                                  |                                              |                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: <b>BERMUDEZ</b> Segundo Apellido: <b>SANCHEZ</b> Primer Nombre: <b>ELVIRA</b> Segundo Nombre: |                                                          |                                                                                                       |                                                                                                                                                                                  |                                              |                                       |
| 9. Tipo de documento de identidad<br><b>CC</b>                                                                                           | 10. Número del documento de identidad<br><b>28540822</b> | 11. Sexo biológico<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 12. Sexo identificación<br>F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | Cul:                                         | 13. Nacionalidad<br><b>COLOMBIANO</b> |
| 14. Lugar de nacimiento<br><b>IBAGUE</b>                                                                                                 | País<br><b>COLOMBIA</b>                                  | Departamento<br><b>TOLIMA</b>                                                                         | Municipio<br><b>IBAGUE</b>                                                                                                                                                       | 15. Fecha de nacimiento<br><b>13/10/1983</b> |                                       |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

|                                                                      |  |                                                         |                                                                             |                                                                                      |                                           |                                                    |
|----------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 16. Etia                                                             |  | 17. Comunidad                                           | 18. Discapacidad<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 19. Tiene encuesta SISBEN<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 20. Clasificación SISBEN<br>Nivel: Grupo: | 21. Grupo de población especial                    |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br><b>SURA</b>         |  | 23. Administradora de Pensiones<br><b>PORVENIR</b>      |                                                                             | 24. Ingreso base de cotización - IBC<br><b>1.750.905</b>                             |                                           | 25. Tarifa Contribución Solidaria                  |
| 26. Residencia Dirección<br><b>CRA 11 B SUR # 21A -65 B RICAURTE</b> |  |                                                         |                                                                             |                                                                                      |                                           | Teléfono Fijo                                      |
| Teléfono Celular<br><b>3123202554</b>                                |  | Correo Electrónico<br><b>elvirabermudez21@gmail.com</b> |                                                                             |                                                                                      |                                           |                                                    |
| Departamento<br><b>TOLIMA</b>                                        |  | Municipio / Distrito<br><b>IBAGUE</b>                   | Localidad / Corregimiento                                                   |                                                                                      | Ciudad                                    | Categoría Municipal<br>Centro Poblado Rector Rural |

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

|                                                                                              |  |                                              |  |                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|
| 27. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: |  |                                              |  |                                          |  |
| 28. Tipo de documento de identidad                                                           |  | 29. Número del documento de identidad        |  | 30. Sexo biológico<br>Femenino Masculino |  |
| 31. Sexo identificación<br>F M T NI Otro                                                     |  | Cul                                          |  | 32. Nacionalidad                         |  |
| 33. Lugar de nacimiento<br>País Departamento Municipio                                       |  | 34. Fecha de nacimiento<br><b>00/00/0000</b> |  |                                          |  |

**Delos básicos de identificación de los beneficiarios y de sus afiliados adicionales**

|                                                                                              |                                       |                  |                                          |                                          |                                                        |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------|
| 35. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: |                                       |                  |                                          |                                          |                                                        |                         |
| 36. Tipo de documento de identidad                                                           | 37. Número del documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico<br>Femenino Masculino | 40. Sexo identificación<br>F M T NI Otro | 41. Lugar de nacimiento<br>País Departamento Municipio | 42. Fecha de nacimiento |
| 31                                                                                           |                                       |                  |                                          |                                          |                                                        |                         |
| 32                                                                                           |                                       |                  |                                          |                                          |                                                        |                         |
| 33                                                                                           |                                       |                  |                                          |                                          |                                                        |                         |
| 34                                                                                           |                                       |                  |                                          |                                          |                                                        |                         |
| 35                                                                                           |                                       |                  |                                          |                                          |                                                        |                         |

**Delos complementarios del Beneficiario**

|             |          |               |                                 |                                    |                                         |                                                     |                                     |
|-------------|----------|---------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 43. Pensión | 44. Etia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBEN<br>Si No | 48. Clasificación SISBEN<br>Nivel Grupo | 49. Discapacidad<br>Si No Categoría de discapacidad | 50. Incapacidad permanente<br>Si No |
| 31          |          |               |                                 |                                    |                                         |                                                     |                                     |
| 32          |          |               |                                 |                                    |                                         |                                                     |                                     |
| 33          |          |               |                                 |                                    |                                         |                                                     |                                     |
| 34          |          |               |                                 |                                    |                                         |                                                     |                                     |
| 35          |          |               |                                 |                                    |                                         |                                                     |                                     |

**51. Datos de residencia**

|              |                      |                                                                 |                           |                                                                  |
|--------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Departamento | Municipio / Distrito | Ciudad                                                          | Teléfono fijo y/o celular | 52. ¿Vive en la UIC del afiliado adicional o beneficiario A. 275 |
| 31           |                      | Categoría Municipal Centro Poblado Rector Disperso Rector Rural |                           |                                                                  |
| 32           |                      | Categoría Municipal Centro Poblado Rector Disperso Rector Rural |                           |                                                                  |
| 33           |                      | Categoría Municipal Centro Poblado Rector Disperso Rector Rural |                           |                                                                  |
| 34           |                      | Categoría Municipal Centro Poblado Rector Disperso Rector Rural |                           |                                                                  |
| 35           |                      | Categoría Municipal Centro Poblado Rector Disperso Rector Rural |                           |                                                                  |
| Dirección    |                      | Localidad / Corregimiento                                       | Correo Electrónico        |                                                                  |
| 31           |                      |                                                                 |                           |                                                                  |
| 32           |                      |                                                                 |                           |                                                                  |
| 33           |                      |                                                                 |                           |                                                                  |
| 34           |                      |                                                                 |                           |                                                                  |
| 35           |                      |                                                                 |                           |                                                                  |

|                                                                     |  |                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| 53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - EPS |  | 54. Código de la EPS se registra por la EPS |  |
| C                                                                   |  |                                             |  |
| B1                                                                  |  |                                             |  |
| B2                                                                  |  |                                             |  |
| B3                                                                  |  |                                             |  |
| B4                                                                  |  |                                             |  |
| B5                                                                  |  |                                             |  |

|                                                                                                                            |                                      |                                            |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO |                                      |                                            |                                                                       |
| 55. Nombre o razón social                                                                                                  | 56. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (se registra por la EPS) |
| SERVICIOS EMPRESARIALES SYK                                                                                                | NIT                                  | 900789555-7                                |                                                                       |
| 59. Ubicación Dirección                                                                                                    | 60. Teléfono fijo o Celular          |                                            |                                                                       |
| AVENIDA MIROLINDO 6-344                                                                                                    | 3108965249                           |                                            |                                                                       |
| Correo Electrónico                                                                                                         | Departamento                         | Municipio / Distrito                       |                                                                       |
| auxgestionhumanaaseototal5@gmail.com                                                                                       | TOLIMA                               | IBAGUE                                     |                                                                       |

|                                                                                                                     |                                                                                                                                |                                                                                                              |                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 63. Tipo de Movidad                                                                                                 |                                                                                                                                | 64. Tipo de Movidad                                                                                          |                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.                                        | <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.                       | <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. | <input type="checkbox"/> 14. Movidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidado |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.                                          | <input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen | <input type="checkbox"/> 16. Reporte de teletrabajo del Cotizante o Cabeza de familia.                       | <input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de pensión al cesante.                                                              |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.                                          | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la cantidad de Pre-pensionado.                                                         | <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la cantidad de Pensionado.                                           | <input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.                                    | <input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.                                                                 |                                                                                                              |                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código                                         |                                                                                                                                |                                                                                                              |                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código                                          |                                                                                                                                |                                                                                                              |                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  |                                                                                                                                |                                                                                                              |                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  |                                                                                                                                |                                                                                                              |                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.                   |                                                                                                                                |                                                                                                              |                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. |                                                                                                                                |                                                                                                              |                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS externo al país.                                                       |                                                                                                                                |                                                                                                              |                                                                                                                                      |

|                                                    |                         |                         |                                                          |
|----------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------|
| VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN REPORTE DE LA MOVIDAD |                         |                         |                                                          |
| 61. Datos básicos de identificación                |                         |                         |                                                          |
| Primer Apellido                                    | Segundo Apellido        | Primer Nombre           | Segundo Nombre                                           |
| BERMUDEZ                                           | SANCHEZ                 | ELVIRA                  |                                                          |
| 62. Sexo biológico                                 | 63. Sexo identificación | 64. Fecha de nacimiento |                                                          |
| Femenino Masculino                                 | F M T NB CM             | 13/10/1983              |                                                          |
| 65. EPS anterior                                   | 66. Fecha de novedad    | 67. Motivo de traslado  | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
| AL                                                 | 05/06/2026              | Código                  | COMFATOLIMA                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.<br><input type="checkbox"/> 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.<br><input type="checkbox"/> 72. Declaración de no formación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.<br><input type="checkbox"/> 73. Autorización para que la EPS acceda y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 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 requieren.<br><input type="checkbox"/> 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 1801 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.<br><input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al campo electrónico o al celular como mensajes de texto.<br><input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de recibir los pagos correspondientes.<br><input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Subén Régimen. |  |  |  |

|                                                                                                                                                                  |                  |                                                                                           |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA                                                                                                                                     |                  |                                                                                           |                |
| 79. En caso de sustracción 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 |
| ELVIRA                                                                                                                                                           | BERMUDEZ         |                                                                                           |                |
| IX. FIRMAS                                                                                                                                                       |                  |                                                                                           |                |
| 80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional                                                                           |                  | 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio |                |
|                                                                                                                                                                  |                  |       |                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------|
| X. ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |              |
| <input type="checkbox"/> 82. Anexo copia de documento de identidad. Certificación documentos de identidad anexos: CN, RC, TI, CC, CE, PA, CO, BO, PT.<br><input type="checkbox"/> 83. Copia del acta de inscripción permanente emitido por la autoridad competente.<br><input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.<br><input type="checkbox"/> 85. Copia de la sentencia 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.<br><input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.<br><input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.<br><input type="checkbox"/> 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres, o la declaración sujeta por el cotizante sobre la ausencia de sus dos padres.<br><input type="checkbox"/> 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.<br><input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 91. Copia del acto administrativo o resolución 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 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          |
|                                                                                                            |                                   |                           |                         |
| 95. Tipo de documento de identidad                                                                         | Número del documento de identidad | 96. Firma del funcionario | 97. Fecha de validación |
|                                                                                                            |                                   |                           | 00/00/0000              |

|                                                                                                                                                                                 |                     |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------|
| 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 Comunal                                                                                                                              | Acto de Inscripción | Proceso de pago |
|                                                                                                                                                                                 |                     |                 |

(Leer las instrucciones que se encuentran al respecto antes de diligenciar este formulario)

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

|                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                        |  |                                                                                      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Tipo de Trámite<br>A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades                                                                                                                  |  | 2. Tipo de Afiliación<br>- Cotizante o Cotizante de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> D. De Oficio <input type="checkbox"/><br>- Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> |  | 3. Régimen<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Subordinado <input type="checkbox"/> |  | 4. Contribución solidaria<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |
| 5. Tipo de Afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cotizante de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/> |  | 6. Tipo de Cotizante<br>A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>                                                                                                                           |  | 7. Código<br>(a registrar por la EPS)                                                                  |  |                                                                                      |  |

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

|                                                                                                                         |  |                                           |  |                                                   |  |                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                  |  |                                |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--|
| 8. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: ROMERO Segundo Apellido: ACOSTA Primer Nombre: GLORIA Segundo Nombre: ISABEL |  | 9. Tipo de documento de identidad<br>CC   |  | 10. Número del documento de identidad<br>65743922 |  | 11. Sexo biológico<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |  | 12. Sexo identificación<br>F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> |  | 13. Nacionalidad<br>COLOMBIANO |  |
| 14. Lugar de nacimiento<br>País: COLOMBIA Departamento: Municipio:                                                      |  | 15. Fecha de nacimiento<br>08/11/1967 AAA |  |                                                   |  |                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                  |  |                                |  |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

|                                                                 |  |                                                       |  |                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                          |  |                                                                                          |  |                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| 16. Etnia                                                       |  | 17. Comunidad                                         |  | 18. Discapacidad<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad: |  | 19. Tiene encuesta SISBEN                                                                                                                                                |  | 20. Clasificación SISBEN<br>Aval <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> |  | 21. Grupo de población especial |  |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br>SURA           |  | 23. Administradora de Pensiones<br>RECONOCIDA         |  | 24. Ingreso base de cotización - IBC<br>1.750.905                                                      |  | 25. Tarifa Contribución Solidaria                                                                                                                                        |  |                                                                                          |  |                                 |  |
| 26. Residencia Dirección: MZ 24 A CASA 7 TOPACIO Teléfono Fijo: |  |                                                       |  |                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                          |  |                                                                                          |  |                                 |  |
| 27. Teléfono Celular<br>3053233161                              |  | 28. Correo Electrónico<br>lorenaperdomo1405@gmail.com |  |                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                          |  |                                                                                          |  |                                 |  |
| 29. Ubicaciones<br>TOLIMA                                       |  | Municipio / Distrito<br>IBAGUE                        |  | Localidad / Comuna                                                                                     |  | Zona<br>Cabecera Municipal <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/> |  |                                                                                          |  |                                 |  |

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

Especificar Datos de Identificación del Cotizante o Cotizante(s) perteneciente al núcleo familiar

|                                                                                              |  |                                           |  |                                       |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                                                       |  |                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|--|
| 27. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: |  | 28. Tipo de documento de identidad        |  | 29. Número del documento de identidad |  | 30. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |  | 31. Sexo identificación<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> |  | 32. Nacionalidad |  |
| 33. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio:                                    |  | 34. Fecha de nacimiento<br>01/01/2000 AAA |  |                                       |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                                                       |  |                  |  |

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

| 35. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido | 36. Segundo Apellido | 37. Primer Nombre | 38. Segundo Nombre |
|--------------------------------------------|----------------------|-------------------|--------------------|
| B1                                         |                      |                   |                    |
| B2                                         |                      |                   |                    |
| B3                                         |                      |                   |                    |
| B4                                         |                      |                   |                    |
| B5                                         |                      |                   |                    |

| 36. Tipo de documento de identidad | 37. Número del documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 40. Sexo identificación<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | 41. Lugar de nacimiento<br>País: Departamento: Municipio: | 42. Fecha de nacimiento<br>01/01/2000 AAA |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| B1                                 |                                       |                  |                                                                                            |                                                                                                                                                                       |                                                           |                                           |
| B2                                 |                                       |                  |                                                                                            |                                                                                                                                                                       |                                                           |                                           |
| B3                                 |                                       |                  |                                                                                            |                                                                                                                                                                       |                                                           |                                           |
| B4                                 |                                       |                  |                                                                                            |                                                                                                                                                                       |                                                           |                                           |
| B5                                 |                                       |                  |                                                                                            |                                                                                                                                                                       |                                                           |                                           |

Detallar Datos de identificación del beneficiario

| 43. Pertenencia | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBEN | 48. Clasificación SISBEN<br>Aval <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> | 49. Discapacidad<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad: | 50. Discapacidad permanente<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|-----------------|-----------|---------------|---------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| B1              |           |               |                                 |                           |                                                                                          |                                                                                                        |                                                                                        |
| B2              |           |               |                                 |                           |                                                                                          |                                                                                                        |                                                                                        |
| B3              |           |               |                                 |                           |                                                                                          |                                                                                                        |                                                                                        |
| B4              |           |               |                                 |                           |                                                                                          |                                                                                                        |                                                                                        |
| B5              |           |               |                                 |                           |                                                                                          |                                                                                                        |                                                                                        |

51. Datos de residencia

| Departamento | Municipio / Distrito | 2018                                                         | 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 |                           |                                                                   |
| B6           | Desconocido          | Localidades/Comunidades                                      | Centro Disperso           |                                                                   |
| B1           |                      |                                                              |                           |                                                                   |
| B2           |                      |                                                              |                           |                                                                   |
| B3           |                      |                                                              |                           |                                                                   |
| B4           |                      |                                                              |                           |                                                                   |
| B5           |                      |                                                              |                           |                                                                   |

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

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

|                                                                  |                                                    |                                                                  |                                                                       |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 55. Nombre o razón social<br><b>SERVICIOS EMPRESARIALES SYK</b>  | 56. Tipo documento de identificación<br><b>NIT</b> | 57. Número del documento de identificación<br><b>900789555-7</b> | 58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
| 59. Ubicación<br>Dirección<br><b>AVENIDA MIROLINDO 6-344</b>     | Teléfono fijo o Celular<br><b>3108965249</b>       |                                                                  |                                                                       |
| Correo Electrónico<br><b>auxgestionhumanaaseotota5@gmail.com</b> | DOCUMENTACIÓN<br><b>TOLIMA</b>                     | Municipio (Distrito)<br><b>IBAGUE</b>                            |                                                                       |

## 60. Tipo de Novedad

|                                                                                                                     |                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.                                        | <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.                                 |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.                                          | <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.                             |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.                                          | <input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiario |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.                                    | <input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Nuevo Régimen <input type="checkbox"/> B. Otro Régimen                |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/>                    | <input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Colaborador o Cabeza de familia.                                               |
| <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código <input type="text"/>                     | <input type="checkbox"/> 17. Reporte del ingreso de preaviso al cesante.                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.                                                                    |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  | <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionario.                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cesar.                     | <input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.                                                                           |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. | <input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.                                                                           |
| <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.                                                       |                                                                                                                                          |

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN REPORTE DE LA NOVEDAD

|                                     |                                   |                         |                                                          |                         |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------|
| 61. Datos básicos de identificación |                                   | Segundo Apellido        | Primer Nombre                                            | Segundo Nombre          |
| 62. Tipo de documento de identidad  | Número del documento de identidad | 63. Sexo identificación | Cual                                                     | 64. Fecha de nacimiento |
| CC                                  |                                   | Feminino Masculino      |                                                          | DD MM AAAA              |
| 65. EPS anterior                    | 66. Fecha de novedad              | 67. Motivo de traslado  | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |                         |
|                                     | DD DD/06/2026                     | Código                  |                                                          |                         |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

|                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no aplicación del afiliado al Régimen Contributivo, Especial o del Ejercicio.                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> 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.                                                                |
| <input type="checkbox"/> 72. Declaración de no inscripción del colaborador, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.                                                              |
| <input type="checkbox"/> 73. Autorización para que la EPS envíe información al código electrónico o copia de la historia clínica del colaborador o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.                                   |
| <input type="checkbox"/> 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación al reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.        |
| <input type="checkbox"/> 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del colaborador o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2013 y el Decreto 1577 de 2013. |
| <input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al código electrónico o al celular como mensajes de texto.                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Dapén 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 se documento de identidad) |
|                                                                                                                                                               |                  |               |                |                                                               |

## IX. FIRMAS

|                                                                                         |                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 80. El colaborador, cabeza de familia o beneficiario cuando aplica o afiliado adicional | 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio |
| <i>Gloria Romero</i>                                                                    | <i>[Firma]</i>                                                                            |

## X. ANEXOS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| <input type="checkbox"/> 82. Anexo copia de documento de identidad                                                                                                                                                                                                              | Cantidad de documentos de identidad anexo: CU | RC | TI | CC | CE | PA | CO | BO | PT |
| <input type="checkbox"/> 83. Copia del documento de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.                                                                                                                                                                 |                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de constitución o sentencia judicial que declare la unión marital.                                                                                                         |                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 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. |                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de autopsia o acta de enterramiento del menor.                                                                                                                                                                               |                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia.                                                                                                                                                                                  |                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de detención de los padres o la declaración sujeta por el colaborador sobre la ausencia de los dos padres.                                                              |                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2173 del Decreto 780 de 2018.                                                                                                   |                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.                                                                                                                                                       |                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> 91. Copia del acta administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la salud de beneficiario o se anexe la afiliación al año.                                                                                              |                                               |    |    |    |    |    |    |    |    |

Total Anexos

## XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL 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            |                                   | Segundo Apellido          | Primer Nombre           | Segundo Nombre          |
| Primer Apellido                    |                                   |                           |                         |                         |
| 95. Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 96. Firma del funcionario | 97. Fecha de indicación | 98. Fecha de validación |
|                                    |                                   |                           | DD MM AAAA              | DD MM AAAA              |

## OBSERVACIONES:

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

|                                                      |                    |                      |
|------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|
| Cod. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Cero de validación | Código procesamiento |
|                                                      |                    |                      |

30295805



# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. Radicación: 420303

nueva

eps

parte asegurada parte

FECHA DE RADICACIÓN

11 06 2026

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE

A. Afiliación

B. Reporte de novedades

C. Contribución

D. Otros

E. Otros

F. Otros

G. Otros

H. Otros

I. Otros

J. Otros

K. Otros

L. Otros

M. Otros

N. Otros

O. Otros

P. Otros

Q. Otros

R. Otros

S. Otros

T. Otros

U. Otros

V. Otros

W. Otros

X. Otros

Y. Otros

Z. Otros

AA. Otros

AB. Otros

AC. Otros

AD. Otros

AE. Otros

AF. Otros

AG. Otros

AH. Otros

AI. Otros

AJ. Otros

AK. Otros

AL. Otros

AM. Otros

AN. Otros

AO. Otros

AP. Otros

AQ. Otros

AR. Otros

AS. Otros

AT. Otros

AU. Otros

AV. Otros

AW. Otros

AX. Otros

AY. Otros

AZ. Otros

BA. Otros

BB. Otros

BC. Otros

BD. Otros

BE. Otros

BF. Otros

BG. Otros

BH. Otros

BI. Otros

BJ. Otros

BK. Otros

BL. Otros

BM. Otros

BN. Otros

BO. Otros

BP. Otros

BQ. Otros

BR. Otros

BS. Otros

BT. Otros

BU. Otros

BV. Otros

BW. Otros

BX. Otros

BY. Otros

BZ. Otros

CA. Otros

CB. Otros

CC. Otros

CD. Otros

CE. Otros

CF. Otros

CG. Otros

CH. Otros

CI. Otros

CJ. Otros

CK. Otros

CL. Otros

CM. Otros

CN. Otros

CO. Otros

CP. Otros

CQ. Otros

CR. Otros

CS. Otros

CT. Otros

CU. Otros

CV. Otros

CW. Otros

CX. Otros

CY. Otros

CZ. Otros

DA. Otros

DB. Otros

DC. Otros

DD. Otros

DE. Otros

DF. Otros

DG. Otros

DH. Otros

DI. Otros

DJ. Otros

DK. Otros

DL. Otros

DM. Otros

DN. Otros

DO. Otros

DP. Otros

DQ. Otros

DR. Otros

DS. Otros

DT. Otros

DU. Otros

DV. Otros

DW. Otros

DX. Otros

DY. Otros

DZ. Otros

EA. Otros

EB. Otros

EC. Otros

ED. Otros

EE. Otros

EF. Otros

EG. Otros

EH. Otros

EI. Otros

EJ. Otros

EK. Otros

EL. Otros

EM. Otros

EN. Otros

EO. Otros

EP. Otros

EQ. Otros

ER. Otros

ES. Otros

ET. Otros

EU. Otros

EV. Otros

EW. Otros

EX. Otros

EY. Otros

EZ. Otros

FA. Otros

FB. Otros

FC. Otros

FD. Otros

FE. Otros

FF. Otros

FG. Otros

FH. Otros

FI. Otros

FJ. Otros

FK. Otros

FL. Otros

FM. Otros

FN. Otros

FO. Otros

FP. Otros

FQ. Otros

FR. Otros

FS. Otros

FT. Otros

FU. Otros

FV. Otros

FW. Otros

FX. Otros

FY. Otros

FZ. Otros

GA. Otros

GB. Otros

GC. Otros

GD. Otros

GE. Otros

GF. Otros

GG. Otros

GH. Otros

GI. Otros

GJ. Otros

GK. Otros

GL. Otros

GM. Otros

GN. Otros

GO. Otros

GP. Otros

GQ. Otros

GR. Otros

GS. Otros

GT. Otros

GU. Otros

GV. Otros

GW. Otros

GX. Otros

GY. Otros

GZ. Otros

HA. Otros

HB. Otros

HC. Otros

HD. Otros

HE. Otros

HF. Otros

HG. Otros

HH. Otros

HI. Otros

HJ. Otros

HK. Otros

HL. Otros

HM. Otros

HN. Otros

HO. Otros

HP. Otros

HQ. Otros

HR. Otros

HS. Otros

HT. Otros

HU. Otros

HV. Otros

HW. Otros

HX. Otros

HY. Otros

HZ. Otros

IA. Otros

IB. Otros

IC. Otros

ID. Otros

IE. Otros

IF. Otros

IG. Otros

IH. Otros

II. Otros

IJ. Otros

IK. Otros

IL. Otros

IM. Otros

IN. Otros

IO. Otros

IP. Otros

IQ. Otros

IR. Otros

IS. Otros

IT. Otros

IU. Otros

IV. Otros

IW. Otros

IX. Otros

IY. Otros

IZ. Otros

JA. Otros

JB. Otros

JC. Otros

JD. Otros

JE. Otros

JF. Otros

JG. Otros

JH. Otros

JI. Otros

JJ. Otros

JK. Otros

JL. Otros

JM. Otros

JN. Otros

JO. Otros

JP. Otros

JQ. Otros

JR. Otros

JS. Otros

JT. Otros

JU. Otros

JV. Otros

JW. Otros

JX. Otros

JY. Otros

JZ. Otros

KA. Otros

KB. Otros

KC. Otros

KD. Otros

KE. Otros

KF. Otros

KG. Otros

KH. Otros

KI. Otros

KJ. Otros

KL. Otros

KM. Otros

KN. Otros

KO. Otros

KP. Otros

KQ. Otros

KR. Otros

KS. Otros

KT. Otros

KU. Otros

KV. Otros

KW. Otros

KX. Otros

KY. Otros

KZ. Otros

LA. Otros

LB. Otros

LC. Otros

LD. Otros

LE. Otros

LF. Otros

LG. Otros

LH. Otros

LI. Otros

LJ. Otros

LK. Otros

LL. Otros

LM. Otros

LN. Otros

LO. Otros

LP. Otros

LQ. Otros

LR. Otros

LS. Otros

LT. Otros

LU. Otros

LV. Otros

LW. Otros

LX. Otros

LY. Otros

LZ. Otros

MA. Otros

MB. Otros

MC. Otros

MD. Otros

ME. Otros

MF. Otros

MG. Otros

MH. Otros

## 101 800 1 100 201

[illegible]



No. Radicación: 420295

gerin dastlabki gerin

11 | 06 | 2026

[illegible]





## No. Radicación: 420287

FECHA DE EMISIÓN  
11 06 2026

[illegible]





# ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

**nueva**  
eps  
gente cuidando gente  
Nº 000 000 000

## Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, CAROLINA ARAGON ALVAREZ, identificada (a) con C.C. 38554155, de ISAGUE, certifico que:

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? ☐ SI ☐ NO

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? ☐ SI ☐ NO

3. ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente? ☐ SI ☐ NO

4. ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS? ☐ SI ☐ NO

5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS? ☐ SI ☐ NO

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al:  
teléfono celular No. 3061156794  
y/o correo electrónico, caranagon@gmail.com

Autizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. ☐ SI ☐ NO

Consulta la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el sitio Web <http://www.nuevaeps.com/unicarta/derechos-deberes>  
Entando impresiones para ser amigable con el planeta. ☐ SI ☐ NO

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convive con el/la señor/a \_\_\_\_\_ identificado/a con \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_ desde el día \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

### Consentimiento

Firma: Carolina Alvarez  
Tipo ID: CC No. ID: 38554155  
Fecha de Solicitud: 12/06/2016  
Dirección: CL 22 - 8 SUR - 42 XIMEDY  
Tel: 3161156794 Municipio: ISAGUE  
Departamento: TOLIMA

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: \_\_\_\_\_  
Tipo ID: \_\_\_\_\_ No. ID: \_\_\_\_\_  
Fecha (día/mes/año): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
Departamento: \_\_\_\_\_

Huella

Manifiesto con esta firma la aceptación de todas las declaraciones y términos recogidos en este formato y el consentimiento expreso, previo a obtenerlo en relación con el tratamiento de mis datos personales que he dado a NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

## Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service-, correo electrónico y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

\* Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, más demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: [www.nuevaeps.co](http://www.nuevaeps.co)

Régimen Contributivo:

Línea Gratuita: 01 8000 954430

Línea de atención en Bogotá: (801) 387 7602

Régimen Subsidiado:

Línea Gratuita: 01 8000 95 2000

Línea de atención en Bogotá: (801) 387 7051

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.

Consultador: (801) 419 3000

Dirección Administrativa: Carrera 85B No. 46A - 66 Piso 2

Si (a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios de salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Héctor Data", dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí mismo, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

## Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

\* Acceder a los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

\* Corregir, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.

\* Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, tanto cuando expresamente se aceptó como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.

\* Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previo solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.

\* Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

### INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA MENOR O SUPERIOR A 1 SMMLV

| ACTIVIDAD ECONÓMICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS LABORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ADMINISTRACIÓN DE FONDOS DE PENSIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | RECURSOS BASE DE COTIZACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                            | POSICIÓN OCUPACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | MODALIDAD DE TRABAJO                                                                                                           | SE                                                      | PRODUCTO                                                | SE                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| NINGUNA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NINGUNA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NINGUNA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 0,750925                                                                                                                                                                                                                                                                               | Posición Ocupacional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Modalidad de Trabajo                                                                                                           | NO                                                      | NO                                                      | NO                                                      |
| Rango: <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/><br>Nivel de Experiencia: <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/><br>Tipo de Contrato: <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Por Proyecto <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Subgerente <input type="checkbox"/> Jefe de Departamento <input type="checkbox"/> Jefe de Oficina <input type="checkbox"/> Jefe de Proyecto <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Asesor <input type="checkbox"/> Asistente <input type="checkbox"/> Encargado <input type="checkbox"/> Operario <input type="checkbox"/> Peón <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Administrador <input type="checkbox"/> Subadministrador <input type="checkbox"/> Jefe de Oficina <input type="checkbox"/> Jefe de Proyecto <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Asesor <input type="checkbox"/> Asistente <input type="checkbox"/> Encargado <input type="checkbox"/> Operario <input type="checkbox"/> Peón <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Posición Ocupacional <input type="checkbox"/> Patrón/Empleador <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Trabajo por su Cuenta <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Inicia Contrato <input type="checkbox"/> Fin Contrato | <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Subgerente <input type="checkbox"/> Jefe de Departamento <input type="checkbox"/> Jefe de Oficina <input type="checkbox"/> Jefe de Proyecto <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Asesor <input type="checkbox"/> Asistente <input type="checkbox"/> Encargado <input type="checkbox"/> Operario <input type="checkbox"/> Peón <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Por Proyecto <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |

SEÑALAR: TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA MENOR O SUPERIOR A 1 SMMLV. SEÑALAR: TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA MENOR O SUPERIOR A 1 SMMLV. SEÑALAR: TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA MENOR O SUPERIOR A 1 SMMLV.

SOLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE

Nombre del Afiliado: \_\_\_\_\_

Nombre del Afiliado: \_\_\_\_\_

Nombre del Afiliado: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

| Nombre del ASESOR o PROMOTOR | CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR | Nombre de OFICINA |
|------------------------------|--------------------------|-------------------|
| Agustín Díaz Arce            | 41522                    |                   |



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 10/06/2026, el empleador SERVICIOS EMPRESARIALES SYK identificado con NIT número 900789555 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|----------------------|---------------------|-------------------|
| 10435014             | 10/06/2026          | Reingresos        |

DETALLE

| TIPO                 | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE                | IBC     | CARGO   | FECHA      |
|----------------------|----------------|---------------------------------|---------|---------|------------|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 26881434       | YOHANAPATRICIA GUERRA HERNANDEZ | 1750905 | ASEADOR | 2026-06-01 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 10 días del mes de Junio del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 04/07/2026, el empleador SERVICIOS EMPRESARIALES SYK identificado con NIT número 900789555 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|----------------------|---------------------|-------------------|
| 10510380             | 11/06/2026          | Reingresos        |

DETALLE

| TIPO                 | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE          | IBC     | CARGO   | FECHA      |
|----------------------|----------------|---------------------------|---------|---------|------------|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 65761361       | GLORIAISABEL GARZON LOPEZ | 1750905 | ASEADOR | 2026-06-01 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 4 días del mes de Julio del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES  
Nueva



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 04/07/2026, el empleador SERVICIOS EMPRESARIALES SYK identificado con NIT número 900789555 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|----------------------|---------------------|-------------------|
| 10510369             | 10/06/2026          | Reingresos        |

DETALLE

| TIPO                 | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE           | IBC     | CARGO   | FECHA      |
|----------------------|----------------|----------------------------|---------|---------|------------|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 28822082       | YENNYLILIANA ROBAYO CASTRO | 1750905 | ASEADOR | 2026-06-01 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 4 días del mes de Julio del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 04/07/2026, el empleador SERVICIOS EMPRESARIALES SYK identificado con NIT número 900789555 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE    |
|----------------------|---------------------|------------|
| SOLICITUD 10510375   | 10/06/2026          | Reingresos |

DETALLE

| TIPO                 | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE                 | IBC     | CARGO   | FECHA      |
|----------------------|----------------|----------------------------------|---------|---------|------------|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 1006246237     | LUISAFERNANDA CASALLAS VELASQUEZ | 1750905 | ASEADOR | 2026-06-01 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 4 días del mes de Julio del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



NUEVA EPS S.A  
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 04/07/2026, el empleador SERVICIOS EMPRESARIALES SYK identificado con NIT número 900789555 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|----------------------|---------------------|-------------------|
| 10510377             | 10/06/2026          | Reingresos        |

DETALLE

| TIPO                 | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC     | CARGO   | FECHA      |
|----------------------|----------------|------------------|---------|---------|------------|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 65749369       | MARISOL ROMERO   | 1750905 | ASEADOR | 2026-06-01 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 4 días del mes de Julio del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES  
Nueva



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 10/06/2026, el empleador SERVICIOS EMPRESARIALES SYK identificado con NIT número 900789555 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|----------------------|---------------------|-------------------|
| 10435036             | 10/06/2026          | Reingresos        |

DETALLE

| TIPO                 | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE               | IBC     | CARGO   | FECHA      |
|----------------------|----------------|--------------------------------|---------|---------|------------|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 1110555495     | CARLOSANDRES SAAVEDRA CARVAJAL | 1750905 | ASEADOR | 2026-06-03 |
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 1104943143     | DORATATIANA VAYADARES ARIAS    | 1750905 | ASEADOR | 2026-05-02 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 10 días del mes de Junio del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



## CERTIFICA

El(La) Señor(a) EDWIN FABIAN GALINDO RIATIVA identificado(a) con CC 1110577856 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

|                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| Fecha de Activación de   | 01/12/2018                      |
| Estado de la Afiliación: | ACTIVO                          |
| IPS:                     | VIVA 1 A IPS S.A. - SEDE IBAGUE |
| Categoría:               | A                               |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 3 días del mes de julio del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

### Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.  
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones  
Nueva EPS S.A



## CERTIFICA

El(La) Señor(a) MARIA JOSE MONTAÑO GONZALEZ identificado(a) con CC 1110567739 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

|                                 |                                        |
|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Fecha de Activación de</b>   | <b>19/09/2019</b>                      |
| <b>Estado de la Afiliación:</b> | <b>ACTIVO</b>                          |
| <b>IPS:</b>                     | <b>VIVA 1 A IPS S.A. - SEDE IBAGUE</b> |
| <b>Categoría:</b>               | <b>A</b>                               |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 3 días del mes de julio del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

### Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.  
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

  
Gerencia de Afiliaciones  
Nueva EPS S.A