OPERADORES DE PAGO

MI PLANILLA (83)
www.miplanilla.com
Bogota: 3077006 opc 1-2-3-5
Linea nacional: 018000117006
Wathsapp +57 15 14 23 05

SOI (45)
www.nuevosoi.com.co
Bogota: 3009109898 OPC 2-6
Wathsapp: 3017653296
Linea nacional: 018000110764

APORTES EN LINEA (84)
www.pagosimple.com
Bogota 601 742 3900
Linea nacional: 018000524448

PAGO SIMPLE (88)
www.pagosimple.com
Bogota 4446634-3489630
Linea nacional: 018000110764

ASOPAGOS (86)
www.asopagos.com
Bogota 4875111
Linea nacional: 018000121260

ARUS
www.arus.com.co
Bogota 7424488

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

por | salud eps

23 SEP 2026

Fecha de Radicación (Día Mes Año): 23-09-2026

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

1. Régimen: A. Contributivo ✓	2. Colectivo: B. Institucional; C. Familia	3. Régimen: A. Contributivo; B. Subsidiado	4. Contribución solidaria: %	5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ✓; B. Cabeza de familia; C. Beneficiario; D. Afiliado adicional	6. Tipo de cotizante: A. Dependiente; B. Independiente ✓; C. Pensionado	7. Código a registrar por la EPS: 03			

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

8. Tipo de documento de identidad	9. Número de documento de identidad	10. Primer Apellido	11. Segundo Apellido	12. Primer Nombre	13. Segundo Nombre
	1032402080	Marcho	Daza	Mauricio	

11. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ✓
12. Sexo identificación: F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?

14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento (Día Mes Año)
Colombia	Bogota D.C	Bogota D.C	28/06/2006

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Dirección de residencia	17. Comunidad	18. Discapacidad: SI ☐ No ✓	Categoría de discapacidad
Cra 11 #5-74 Chia			

19. Clasificación SISBEN: Nivel ☐ Grupo ☐ | 21. Grupo de población especial | 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 23. Pertenencia étnica

24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
1750.905			3227301520	drjobdavid703@gmail.com

Zona: Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ✓ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐

Chia Cundinamarca — Yomo 1 - Chia

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

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

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

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento (Día Mes Año)

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento (Día Mes Año)
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN: SI	NO	48. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

FOR-PMS-0001 - 001

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		1068
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55. Nombre o razón social

56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o Celular

Teléfono fijo o Celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/Distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico	Femenino ☐	Masculino ☐	63. Sexo identificación	F ☐	M ☐	T ☐	NB ☐	Otro ☐ Cuál?

64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior

66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	67. Motivo de traslado Cod.	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

Total Anexos 1

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

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

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

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

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

96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)
23 07 2026	

OBSERVACIONES:
CC 1013962080 Aporte Sept/26 se liquida Dando por el oficio de pago del reporte de ingreso o retiro

COMFENALCO
23 SEP 2026
Cod. 653 Lina Patricia
SUJETO A VERIFICACIÓN

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

FOR-PMS-0001 - 001