

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



<b>No de Radicacion</b>	<b>Fecha de Radicación</b>
4013985477	1 7 0 1 2 0 2 5

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1.Tipo de trámite	2.Tipo afiliacion	A. Individual:	-Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/>	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación <input type="checkbox"/>	B.Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	C. Institucional <input type="checkbox"/>	D. De oficio <input type="checkbox"/>	A.Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B.Subsidiado <input type="checkbox"/>
5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Código (a registrar por la EPS)	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
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 type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	3			

**A. AFILIACIÓN**

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

8.Apellidos y nombres RAIGOSA Primer apellido	VILLA Segundo apellido	NELSON Primer nombre	DE JESUS Segundo nombre
9.Tipo documento de Identidad CC	10.Número del documento de Identidad 79277333	11.Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	12.Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual
13. Nacionalidad COLOMBIA	14.Lugar Nacimiento Pais: COLOMBIA	Departamento: ANTIOQUIA	Municipio: LA ESTRELLA
			15.Fecha Nacimiento 0 4 0 6 1 9 6 3

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

16.Etnia 6	17.Comunidad	18.Discapacidad Categoria Discapacidad	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
19.Tiene encuesta SISBEN SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	20.Clasificación SISBEN Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	21.Grupo población especial	
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS LA EQUIDAD	23. Administradora de Pensiones COLFONDOS	24. Ingreso base de cotización - IBC 1423500	25. Tarifa Contribución Solidaria
26.Residencia CL 44 46 11 Dirección ANTIOQUIA Departamento	3122953 Teléfono fijo	3122953752 Teléfono celular MEDELLIN Municipio/Distrito	NATALIADIAZASESORESEGUROS.01@GMAIL.COM Correo electrónico COL Localidad / comuna zona Urbana cabecera municipal <input type="checkbox"/> Urbana centro poblado <input checked="" type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/>

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

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

27. Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
28. Tipo documento de identidad _____	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual
32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento Pais:	Departamento:	Municipio:
			34.Fecha Nacimiento

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

35. Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre				
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
36. Tipo documento de identidad B1	37. Número de identidad B2	38. Nacionalidad B3	39.Sexo Biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	40.Sexo Identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> cual <input type="checkbox"/>	41.Lugar Nacimiento Pais	42.Fecha de nacimiento Departamento	Municipio
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	48.Clasificación SISBEN Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	49.Discapacidad Categoría <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	50.Incapacidad Permanente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

**51. Datos de residencia**

Departamento	Municipio/Distrito	Zona Cabecera municipal Centro poblado Rural dispersa 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				

Selección de la IPS Primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C VS UAB JUNIN - SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO CAP ODONTOLOGIA	54.Código de la IPS(a registrar por la EPS) VSJUNIN - SOMERODON
B	
B	
B	

**V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO**

55. Nombre o razón social NELSON DE JESUS RAIGOSA VILLA	56. Tipo de identificación CC	57. Número de documento de identificación 79277333	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) 01
59.Ubicación CL 44 46 11 Dirección	3122953 Teléfono fijo o celular	NATALIADIAZASESORESEGUROS.01@GMAIL.COM Correo electrónico	ANTIOQUIA Departamento
			MEDELLIN Municipio/distrito

## B. REPORTE DE NOVEDADES

## 60. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación  
 2. Corrección datos básicos de identificación  
 3. Actualización documento de identidad  
 4. Actualización y/o corrección datos complementarios  
 5. Terminación de la 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 perdida de las condiciones para seguir cotizando  
 11. Inscripción EPS retorno al país.

12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas  
 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas  
 14. Movilidad:  A. Régimen Contributivo  
 B. Régimen Subsidiado  
 15. Traslado:  A. Mismo régimen  
 B. Diferente régimen  
 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia  
 17. Reporte del trámite de protección al cesante  
 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado  
 19. Reporte de la calidad del pensionado  
 20. Ingreso a contribución solidaria  
 21. Retiro de contribución solidaria

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

## 61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
<input type="text"/>			
<b>62. Sexo biológico</b>	<b>63. Sexo identificación</b>	<b>64. Fecha de nacimiento</b>	
Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>		
<b>65. EPS anterior</b>	<b>66. Fecha de Novedad</b>	<b>67. Motivo de traslado</b> Código: <input type="text"/> 1 7 0 1 2 0 2 5	<b>68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones</b>

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

## Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
<input type="text"/>			
<b>Tipo documento de Identidad</b>	<b>Número documento de Identidad</b>		

## IX. FIRMAS

Nelson Raigosa

Nelson Raigosa

## 80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

## 81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

## X. ANEXOS

82. Anexo Copia del documento de identidad: CN  RC  TI  CC  PA  CE  CD  SC  PT   
 Cantidad:         Total:  0
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.  
 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.  
 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.  
 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor.  
 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.  
 88. Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.  
 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.  
 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.  
 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

## 92. Identificación de la Entidad Territorial

## Código del municipio

## 93. Nombre de la Institución

## Código del Departamento

<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<b>94. Apellidos y Nombres</b>	<b>95. Firma del funcionario</b>		
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
<input type="text"/>			
<b>96. Fecha de Radicación</b>	<b>97. Fecha de Validación</b>		
Observaciones			

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

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**

**CERTIFICA**

Que el(la) señor(a) NELSON DE JESUS RAIGOSA VILLA identificado(a) con CC número 79277333 está afiliado(a) a nuestra ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES, como Trabajador Independiente Voluntario, a partir del 18 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025. Tarifa: 4,350%.

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web <https://www.laequidadarl.coop> el día viernes 17 de enero de 2025, a solicitud del interesado.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00014509230002047436.

Cordialmente,



**LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales**

Una aseguradora cooperativa con sentido social.  
EQUIDAD SEGUROS DE VIDA Organismo Cooperativo - NIT 830008686-1  
Carrera 9A N°. 99-07 Piso 12  
PBX: 592 2929 | 600 3131 - FAX 520 0738



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

En su condición de administradora del  
**FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.170.043-7

**CERTIFICA QUE:**

**NELSON RAIGOSA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.277.333**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 17 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

