

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. tipo de trámite	2. Tipo afiliación	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/>	3. Regimen
A. Afiliación <input type="checkbox"/> Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	B. Colectiva	B. Institucional <input type="checkbox"/>	B. De oficio <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante	
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	
A. AFILIACIÓN			
6. Apellidos y nombres TORRES MURILLO EVEILYN VANESSA			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	
7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	
CC	1016033597	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
6	Tipo FINM Condición TFP		
15. Administradora de riesgos Laborales – ARL SURA		16. Administradora de Pensiones PORVENIR	17. Ingreso base de cotización - IBC 1423500
18. Residencia			
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
TENJO			CUNDINAMARCA
Municipio/Distrito	zona	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		

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

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				
25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	
B1		Femenino		
B2		Masculino		
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo	Condición
B1		F	N	M
B2				
B3				
B4				
B5				

32. Datos de residencia

Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/>			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS Primaria

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

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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. Reinscripción en la EPS
 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
 10. Terminación de la relación laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando

11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo
 B. Régimen Subsidiado
 14. Traslado: A. Mismo régimen
 B. Diferente régimen
 15. Reporte de fallecimiento
 16. Reporte del trámite de protección al cesante
 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento
43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código: <input type="text"/>	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones	42.Fecha 28/07/2025

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
 50. 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.
 51. 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.
 52. 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
 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
--	---

IX. ANEXOS

56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. RC. TI. CC. PA. CE. CD. SC.
 Cantidad: Total: 0
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
 59. 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.
 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
 62. 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 padres.
 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
 65. 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.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	71. Firma del funcionario	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad				
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.



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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EVEILYN VANESSA TORRES MURILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.016.033.597**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Medellín, 25 de July de 2025

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que EVEILYN VANESSA TORRES MURILLO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1016033597 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 26/07/2025

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

GLOBAL SERVICE LOGISTICS SAS
N 9 0 0 5 8 4 6 5 5

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

4492104 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE ALQUILER O ARRENDAMIENTO DE VEHÍCULOS DE PASAJEROS CON CONDUCTOR

CLASE DE RIESGO: 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4.35%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL DC

CLASE: 4 **PORCENTAJE:** 4.35% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

4492101 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE EL TRANSPORTE TERRESTRE DE PASAJEROS POR SISTEMAS DE TRANSPORTE URBANO Y SUBURBANO, QUE ABARCA TRANSPORTE COLECTIVO (BUSES, MICROBUSES Y BUSETAS) Y LOS SISTEMAS DE TRANSPORTE MASIVO A TRAVÉS DE OPERADORES (ARTICULADOS), Y LA INTEGRACIÓN DE ESTAS LÍNEAS CON SERVICIOS CONEXOS COMO METROCABLE

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

4492101 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE EL TRANSPORTE TERRESTRE DE PASAJEROS POR SISTEMAS DE TRANSPORTE URBANO Y SUBURBANO, QUE ABARCA TRANSPORTE COLECTIVO (BUSES, MICROBUSES Y BUSETAS) Y LOS SISTEMAS DE TRANSPORTE MASIVO A TRAVÉS DE OPERADORES (ARTICULADOS), Y LA INTEGRACIÓN DE ESTAS LÍNEAS CON SERVICIOS CONEXOS COMO METROCABLE

CODIGO DE ACTIVIDAD: 4492101

CLASE DE RIESGO: 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4.35%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

- 1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.*
- 2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.*

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

25/07/2025 5.07 PM