

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 tramite A. Afiliación <input type="checkbox"/> Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo afiliación A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/> B. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Regimen Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente X C. Pensionado <input type="checkbox"/>	6. Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/>

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer apellido: TORRES Segundo apellido: MURILLO	7. Tipo documento de Identidad <input type="text" value="CC"/>	8. Número del documento de Identidad 1016033597	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Primer nombre: EVEILYN Segundo nombre: VANESSA
--	---	--	--	---

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia <input type="text" value="6"/>	12. Discapacidad Tipo <input checked="" type="checkbox"/> FNN Condición <input type="checkbox"/> TIP	13. Puntaje SISBEN <input type="text" value=""/>	14. Grupo de población especial <input type="text" value=""/>
15. Administradora de riesgos Laborales – ARL SURA	16. Administradora de Pensiones PORVENIR	17. Ingreso base de cotización - IBC 1423500	
18. Residencia Dirección: TENJO Teléfono fijo: <input type="text"/> Teléfono celular: <input type="text"/> Municipio/Distrito: <input type="text"/> zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		19. Correo electrónico: <input type="text"/> Localidad / comuna: CUNDINAMARCA Departamento: <input type="text"/>	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

20. Apellidos y nombres completos Primer apellido: <input type="text"/> Segundo apellido: <input type="text"/> Primer nombre: <input type="text"/> Segundo nombre: <input type="text"/>			
21. Tipo documento de identidad <input type="text"/>	22. Número documento identidad <input type="text"/>	23. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	24. Fecha de nacimiento <input type="text"/>

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

25. Apellidos y nombres Primer apellido: <input type="text"/> Segundo apellido: <input type="text"/> Primer nombre: <input type="text"/> Segundo nombre: <input type="text"/>			
26. Tipo documento de identidad B1 <input type="text"/> B2 <input type="text"/> B3 <input type="text"/> B4 <input type="text"/> B5 <input type="text"/>	27. Número de identidad B1 <input type="text"/> B2 <input type="text"/> B3 <input type="text"/> B4 <input type="text"/> B5 <input type="text"/>	28. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	29. Fecha de nacimiento <input type="text"/>

30. Parentesco B1 <input type="text"/> B2 <input type="text"/> B3 <input type="text"/> B4 <input type="text"/> B5 <input type="text"/>	31. Etnia <input type="text"/>	32. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P
33. Datos de residencia Municipio/Distrito: <input type="text"/> Zona: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento: <input type="text"/> Teléfono Fijo y/o celular: <input type="text"/> 34. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS): <input type="text"/>		

35. Selección de la IPS Primaria	
36. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C <input type="text"/> B <input type="text"/> B <input type="text"/> B <input type="text"/>	37. Código de la IPS(a registrar por la EPS) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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 pérdida 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	Fecha de nacimiento	42. Fecha			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	28/07/2025			
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código: <input type="text"/>		45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			

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 por 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:
- ☐ 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		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
70. Datos funcionario que realiza la validación							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
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 la 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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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