

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Página 1 de 2



Organización Sanitas Internacional

NIT: 800.250.000-1

CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación									
D	D	M	M	A	A	A	A	A	A

I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación	A. Individual			- Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	D. De Oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>
B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>				- Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/>			C. Institucional <input 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 <input checked="" type="checkbox"/>	C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS)		

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres	AGUILERA	CARDENAS	MANUEL	VICENTE				
Primer apellido		Segundo apellido		Segundo nombre				
7. Tipo de documento de identidad	CC	8. Número del documento de identidad	80797572	9. Sexo	Femenino	Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento	3 1 0 5 1 9 8 5

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales	11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tipo <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	SURA	16. Administradora de Pensiones	PORVENIR	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
				1.423.500
18. Residencia	Dirección CARRERA 77 C NO 52 B - 69	Teléfono Fijo	Teléfono Celular 3502695618	Correo Electrónico
Municipio / Distrito SOACHA	Zona <input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	Localidad / Comuna	Departamento CUNDINAMARCA	

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

19. Apellidos y nombres				
Primer apellido		Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
			<input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<input 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 de documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	
B1		Femenino	<input type="checkbox"/>	
B2		Masculino	<input type="checkbox"/>	
B3			<input type="checkbox"/>	
B4			<input type="checkbox"/>	
B5			<input type="checkbox"/>	

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Tipo	Condición
B1			<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> N
B2			<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> T
B3			<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> P
B4				
B5				

32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)		
Municipio / Distrito B1	Zona <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la I.P.S. Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C B B B	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO					
35. Nombre o razón social GLOBAL SERVICE LOGISTEC	N T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	37. Número del documento de identificación 900584655	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)		
39. Ubicación	Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
 2. Corrección de datos básicos de identificación
 3. Actualización del documento de identidad
 4. Actualización y corrección de datos complementarios
 5. Terminación de la inscripción en la EPS
 Código
 6. Reinscripción en la EPS
 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. 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 de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de Radicación
43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado Código <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	42. Fecha 01 / 08 / 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 los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
 50. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. 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
 52. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, 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
 Cantidad CN RC TI CC CE PA CD SC Total
 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
 58. Copia del 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 que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de unión marital
 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
 62. Documento 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
 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 conste 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 <input type="text"/> Código del Departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de Ficha <input type="text"/>	Puntaje <input type="text"/>	Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de Radicación <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA <input type="text"/> AA	69. Fecha de Validación <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA <input type="text"/> AA
--	--	------------------------------	----------------------------	--	--

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido <input type="text"/>	Segundo apellido <input type="text"/>	Primer nombre <input type="text"/>	Segundo nombre <input type="text"/>
Tipo de documento de identidad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>	71. Firma del funcionario <input type="text"/>	

Observaciones:

<input type="text"/>

<input type="text"/>

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial <input type="text"/> C.C. No. <input type="text"/>	Sello de radicación <input type="text"/>	Sticker procesamiento <input type="text"/>
--	--	--

La información que se registre en este formulario es muy importante para el SGSSS, por favor, para su diligenciamiento, utilice tinta de color negro, escriba en letra de imprenta, sin tachones ni encadenaduras, y siga las instrucciones de este documento.

ENCABEZADO

Número de radicación: Número que la EPS asigna en forma consecutiva a cada trámite que realizan los cotizantes, cabezas de familia, beneficiarios u otros autorizados.

Fecha de radicación: Este dato corresponde a la fecha en que la EPS recibe físicamente el formulario de afiliación o de reporte de novedades, registrado generalmente con un fechador mecánico o eléctrico. Quien realiza el trámite debe verificar que la fecha registrada corresponda efectivamente a la fecha en que ésta se realiza ante la EPS.

CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE

Estos datos se refieren a la descripción de la operación, trámite o transacción que se realiza mediante la suscripción del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES; por tanto, son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, empleador, entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o se reporte alguna novedad.

1. Tipo de trámite

A. Afiliación: Aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, por la condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.

B. Reporte de novedades: Aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliado adicional, según el(s) tipo(s) de novedades relacionadas en el campo 40.

2. Tipo de afiliación

A. Individual: La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, Entidades o instituciones.

Se debe colocar una "X" en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

B. Colectiva: La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza la afiliación, parte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, cooperativas, entidades administradoras o organizaciones de afiliaciones colectivas.

C. Institucional: La opción Institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.

D. De oficio: La opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGCP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se refusa a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarías de Familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.

3. Régimen: Marque con una "X", según si la afiliación o el reporte de la novedad se realiza en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado.

4. Tipo de afiliado: Marque con una "X" la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad:

- Cotizante: Aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en el Régimen Contributivo.

- Cabeza de familia: Aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.

- Beneficiario: Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.

5. Tipo de cotizante: Marque con una "X" la opción que corresponda:

- Dependiente: Si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con élste el pago de los aportes a salud y pensiones.

- Independiente: Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de sus aportes sino que los asume en la totalidad.

- Pensionado: Si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo.

Código: Este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de Cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigentes.

A. AFILIACIÓN

Sí la afiliación es individual o colectiva, se debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.

- Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.

- Diligenciar los datos del capítulo V, relativos al empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agrupación o congregación religiosa.

- Marcar con una "X", en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.

- Diligenciar en el capítulo VIII Firmas, los campos 54 y/o 55 según el caso.

- Marcar con una "X", en el capítulo IX, los documentos de identidad de las personas que se afilan y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda.

Sí la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afila la EPS lo hacen en condición de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación.

- Diligenciar los datos del capítulo VI si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del artículo 35 del Decreto 2355 de 2015.

- Diligenciar los datos del capítulo VII y Relativos a la entidad responsable de la institución, institucional o de oficio. En el caso de Entidades Territoriales estas deberán registrar los datos del capítulo X.

- Marcar con una "X", en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los números 51, 52 y 53.

- Diligenciar el capítulo VIII Firmas, firmando en el campo 55 "Empleador, Aportante o Entidad responsable para la afiliación colectiva, institucional o de oficio".

- Marcar con una "X", en el capítulo IX, el documento de identidad de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que correspondan.

- Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

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

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante o cabeza de familia y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Estos son:

6. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad: Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla:

CÓDIGO DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE DOCUMENTO

CN Certificado de Nacido Vivo, es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicio (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación y máximo hasta el tercero mes de vida. Debe ser reemplazado por el Registro Civil.

RC Registro Civil de Nacimiento, es el documento expedido por una notaría pública con que se identifican los menores de siete (7) años. Debe ser reemplazado por la Tarjeta de Identidad.

TI Tarjeta de Identidad, es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores de edad entre siete (7) y diecisiete (17) años. Debe ser reemplazado por la Tarjeta de Identidad.

CC Cédula de Ciudadanía, es el documento expedido por la Registraduría Nacional del estado Civil con el que se identifican las personas al cumplir dieciocho (18) años de edad.

CE Cédula de Extranjería, es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a tres (3) meses y a sus beneficiarios, con base en el Registro de Extranjeros. La Vigencia de la Cédula de Extranjería será por un término de cinco (5) años.

PA Pasaporte, es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de siete (7) años.

CD Carné Diplomático, es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.

SC Salvado de Permanencia, es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia a los extranjeros que deban permanecer en el país mientras resuelven su situación de refugiados o asilados. Tiene una validez de tres (3) meses y debe ser renovado o sustituido por la cédula de extranjería.

8. Número del documento de identidad: Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarse exactamente como figura en el documento de identidad. Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

9. Sexo: Marque con una "X", la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

10. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad: día, mes y año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales: Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

11. Etnia: En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

CÓDIGO ETNIA

01 Indígena.
02 ROM (gitano).
03 Raizal (Santander y Providencia).
04 Palenquero (San Basilio de Palenque).
05 Negro(a), afrocolombiano(a).

12. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médica.

Tipo de discapacidad: Marque con una "X" la opción: F: Física, N: Neuro-sensorial, M: Mental

Condición de Discapacidad: Marque con una "X" la opción: T: Temporal, P: Permanente.

13. Puntaje SISBEN: Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta Sisben.

14. Grupo de población especial: Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Si el cabeza de familia pertenece a un grupo de población especial debe colocar en el espacio el código correspondiente según la siguiente tabla:

CÓDIGO GRUPO POBLACIONAL

06 Población desvinculada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
07 Población Desvinculada
09 Víctimas del Conflicto Armado
10 Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF
11 Personas incluidas en el programa de protección a testigos.
16 Adultos mayores en centros de protección.
17 Comunidad Indígena
18 Población Rom
22 Población en demanda de la libertad, que no esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.
23 Personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.
24 Personas incluidas en el Registro Único de Damnificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio venezolano.

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 08, 09, 11, 17, 18, 23, 24. Si la afiliación es institucional seleccione uno de los siguientes códigos: 02, 06, 10, 16, 22.

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Este dato aplica sólo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra afiliado.

16. Administradora de Pensiones: Este dato aplica sólo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

17. Ingreso Base de Cotización - IBC: Este dato aplica sólo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

18. Residencia: Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completos.

- Dirección de su residencia
- Teléfono (fijo o celular, ambos)
- Correo electrónico
- Ciudad/Municipio o distrito
- Localidad/comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito
- Zona: urbana o rural donde se ubique su residencia
- Departamento
- En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D.C.

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

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente cotizante. Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero (a) permanente también cotiza al SGSSS. Si este no cotiza debe registrarse en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo VI en la fila de primer beneficiario (B1).

Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero(a) permanente está afiliado y Colza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

19. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad: Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.

21. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo. Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

22. Sexo: Marque con una "X", la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

23. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales. En las filas identificadas con los códigos B1, B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.

24. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

25. Tipo de documento de identidad: Coloque en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.

26. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo. Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial.

27. Sexo: Marque con una "X", la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

28. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos complementarios

29. Parentesco: En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

CÓDIGO PARENTESCO

01 Cónyuge.
02 Compañera(o) permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.
03 Hijo menor de veinticinco (25) años de edad.

04 Los hijos del cónyuge o compañero o compañero del cotizante, o de cualquier edad presentan incapacidad permanente del afiliado.

05 Los hijos de los beneficiarios. Son los nietos del cotizante cuyo padre o madre es beneficiario o compañero.

06 Los menores de veinticinco (25) años o de cualquier edad, encuentran hasta el tercer grado de consanguinidad, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.

07 Los nietos del cotizante. Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no inscriba como beneficiarios al cónyuge o compañera(o) permanente o a los hijos.

08 Los menores de dieciocho (18) años en custodia legal al cotizante o cabeza de familia, por autoridad Competente.

09 Sexo: Marque con una "X", la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

10 Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad: día, mes y año.

11. Etnia: Registre el código que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.

12. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médica.

Tipo de discapacidad: Marque con una "X" la opción: F: Física, N: Neuro-sensorial, M: Mental

Condición de Discapacidad: Marque con una "X" la opción: T: Temporal, P: Permanente.

13. Datos de residencia: Estos datos aplican sólo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residen en un municipio diferente al del cotizante.

- Municipio/Distrito

- Zona: urbana, rural

- Departamento

- Teléfono (fijo o celular)

14. Valor de la UPC del afiliado adicional: Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado.

15. Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS prima:

16. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS: Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud prima que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presente la EPS, así:

- En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios y afiliados adicionales residen con él en el régimen contributivo.

- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, sólo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número de la IPS en ese municipio.

La EPS debe registrar el código de la IPS prima seleccionada por el afiliado.

AA Persona de cualquier edad como afiliada adicional

Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra en el 4º de consanguinidad o 2º de afinidad, respecto de este.

16. Etnia:

Registre el código que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.

17. Discapacidad:

Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médica.

18. Tipo de discapacidad:

Marque con una "X" la opción: F: Física, N: Neuro-sensorial, M: Mental

19. Condición de Discapacidad:

Marque con una "X" la opción: T: Temporal, P: Permanente.

20. Datos de residencia:

Estos datos aplican sólo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residen en un municipio diferente al del cotizante.

- Municipio/Distrito

- Zona: urbana, rural

- Departamento

- Teléfono (fijo o celular)

21. Valor de la UPC del afiliado adicional:

Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado.

22. Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS prima:

23. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS: Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud prima que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia.

- En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios y afiliados adicionales residen con él en el régimen contributivo.

- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, sólo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en un municipio distinto al del cotizante o cabeza de familia y los beneficiarios y afiliados adicionales residen con él en el régimen contributivo.

La EPS debe registrar el código de la IPS prima seleccionada por el afiliado.

24. CAPÍTULO V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

Estos datos aplican a:

- El empleador cuando el afiliado es trabajador dependiente y la afiliación o el empleo es la principal actividad.

- Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y precoopérativas de trabajo asociado, Cajas de Compensación Familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.

- Las Instituciones o entidades responsables de hacer la afiliación y reportar las novedades de las personas que se encuentran bajo su protección, o los empleadores, entidades e instituciones que tienen la competencia para realizar la afiliación o el reporte de novedades.

25. Nombre o Razón Social: Escriba el nombre o razón social del empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

26. Tipo de documento de identificación: Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleado, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio:

- NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas.

- CC (Cédula de identidad), TI (tarjeta de identidad), PA (pasaporte), CE (cédula de extranjería), CD (cédula diplomática) cuando se trate de personas naturales.

27. Número del documento de identificación: Escriba el número del documento de identificación.

28. Tipo de aporte o pagador de Pensiones: Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe registrar el código del tipo de aporte o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.

29. Ubicación:

- Dirección

- Teléfono (fijo o celular)

- Correo electrónico



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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

MANUEL VICENTE AGUILERA CARDENAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.797.572**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 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, 31 de julio de 2025

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

CERTIFICA:

Que MANUEL VICENTE AGUILERA CARDENAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 80797572 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/08/2025

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:

31/07/2025 4:36 PM