

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Página 1

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

|                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Tipo de Trámite<br>A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>                                       |  | 2. Tipo de Afiliación<br>A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/><br>Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/><br>B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/> |  | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/> |  |
| 4. Tipo de afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> |  | 5. Tipo de cotizante<br>A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input 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<br>Palacio Vergara Braciela |  |                                                |  |                                                                                            |  |
| Primer apellido                                    |  | Segundo apellido                               |  | Primer nombre                                                                              |  |
| 7. Tipo de documento de identidad<br>CC            |  | 8. N° del documento de identidad<br>1129804940 |  | 9. Sexo<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |  |
|                                                    |  | 10. Fecha de nacimiento<br>19/05/1997          |  | 11. Estado Civil                                                                           |  |
| 12. EPS anterior                                   |  |                                                |  |                                                                                            |  |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

### Datos personales

|                                                                  |  |                                                                                                                                              |  |                                                                                    |  |
|------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 13. Etnia                                                        |  | 14. Discapacidad<br>Tipo <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> P |  | 15. Puntaje SISEN                                                                  |  |
| 16. Administradora de Riesgos Laborales - ART<br>AXA Colpatría   |  | 17. Administradora de pensiones<br>Protección                                                                                                |  | 18. Ingreso base de cotizante - IBC<br>1.350.905                                   |  |
| 19. Residencial                                                  |  | 20. Dirección                                                                                                                                |  | 21. Teléfono Celular<br>3227271022                                                 |  |
| 22. Correo Electrónico<br>consorciocordobaalimento2026@gmail.com |  | 23. Municipio/Distrito<br>Berrueta                                                                                                           |  | 24. Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| 25. Localidad / Comuna                                           |  | 26. Departamento<br>Córdoba                                                                                                                  |  | 27. Teléfono fijo                                                                  |  |

## 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                                                                    |  |
| 20. Tipo de documento de identidad                                      |  | 21. N° del documento de identidad |  | 22. Sexo<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |  |
| 23. Fecha de nacimiento                                                 |  | 24. Dirección                     |  | 25. Municipio/Distrito                                                           |  |
| 26. Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> |  | 27. Departamento                  |  | 28. Código IPS (a registrar por la EPS)                                          |  |
| 29. Teléfono fijo                                                       |  | 30. Celular                       |  |                                                                                  |  |

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

|                                    |  |                                         |  |                                                                                  |  |
|------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|
| 24. Apellidos y nombres            |  |                                         |  |                                                                                  |  |
| Primer apellido                    |  | Segundo apellido                        |  | Primer nombre                                                                    |  |
| 25. Tipo de documento de identidad |  | 26. Número del documento de identidad   |  | 27. Sexo<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |  |
| 28. Fecha de Nacimiento            |  | 29. Municipio/Distrito                  |  | 30. Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>          |  |
| 31. Departamento                   |  | 32. Código IPS (a registrar por la EPS) |  | 33. Teléfono fijo                                                                |  |
| 34. Celular                        |  |                                         |  |                                                                                  |  |

## Datos Complementarios

|                                                                     |  |                                                                     |  |                                                                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 29. Parentesco                                                      |  | 30. Etnia                                                           |  | 31. Discapacidad (Marque con una X)<br>Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> |  |
| 32. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |  | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |  |                                                                                                         |  |
| 34. Datos de residencia                                             |  | 35. Zona<br>U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>   |  | 36. Municipio / Distrito                                                                                |  |
| 37. Departamento                                                    |  | 38. Teléfono fijo                                                   |  | 39. Celular                                                                                             |  |

## Selección de la IPS Primaria

|                                                                     |  |                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|
| 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS |  | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |  |
| 35. Dirección                                                       |  | 36. Teléfono                              |  |
| 37. Correo Electrónico                                              |  | 38. Municipio/Distrito                    |  |
| 39. Departamento                                                    |  |                                           |  |

## 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<br>Consorcio cordoba alimento 2026 |  | 36. Tipo de documento de identificación<br>NIT |  | 37. Número del documento de identificación<br>902 023 336-0      |  |
| 38. Ubicación<br>Km 3 vía Planeta Rica                       |  | 39. Teléfono<br>3105036486                     |  | 40. Correo Electrónico<br>consorciocordobaalimento2026@gmail.com |  |
| 41. Dirección                                                |  | 42. Municipio/Distrito<br>Montería             |  | 43. Departamento<br>Córdoba                                      |  |

Verificado Superservicio

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de los 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 REPORTE DE LA NOVEDAD

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

|                                |                  |                                   |                                                          |
|--------------------------------|------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Primer apellido                | Segundo apellido | Primer nombre                     | Segundo nombre                                           |
| Tipo de documento de identidad |                  | Número del documento de identidad | Sexo                                                     |
|                                |                  | Femenino                          | Masculino                                                |
| 43. EPS Anterior               |                  | 44. Motivo de Traslado            | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|                                |                  | Código                            |                                                          |

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 beneficiario.

49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios 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 genera de la afiliación o del reporte de novedades de 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 al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

Graciela Palacio Vergara

ALVARO SALGADO

54. El cotizante, cabeza de la 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 TI PA CD Total

RC CC CE SC

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 la unión marital.

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial del 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 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         | 67. Datos del SISBEN    | 68. Fecha de Radicación           |
| Código del Municipio                                 | Código del departamento | Número de Ficha                   |
|                                                      | Puntaje                 | Nivel                             |
| 70. Nombre del funcionario que realiza la validación |                         | 69. Fecha de Validación           |
| Primer apellido                                      | Segundo apellido        | Primer apellido                   |
| Segundo apellido                                     |                         |                                   |
| Tipo de documento de identidad                       |                         | Número del documento de identidad |
|                                                      |                         | 71. Firma del Funcionario         |

OBSERVACIONES:

Fecha Afiliación 23/01/2026

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

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.129.804.940

PALACIO VERGARA

APELLIDOS

GRACIELA

NOMBRES

*Graciela Palacio V.*

FIRMA



INDICE DEFECHO

FECHA DE NACIMIENTO

19-MAY-1997

BUENAVISTA  
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53

ESTATURA

O+

G.S. RH

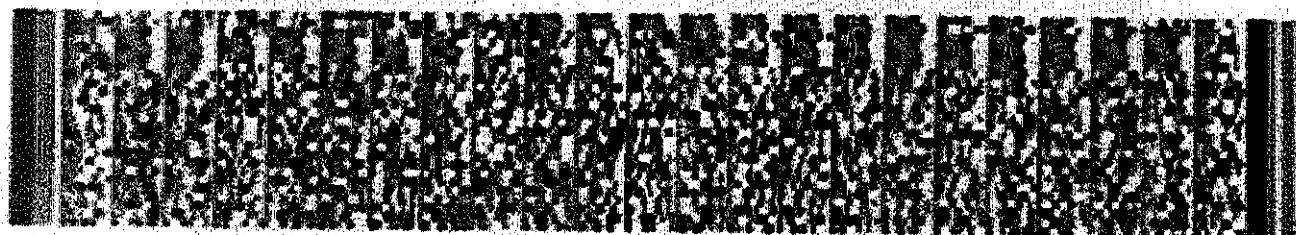
F

SEXO

22-MAY-2015 BUENAVISTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



F 1390700-00719180-F-1129804940-20150703

0044714033A 1

42804164