

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D M A A A A

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente C. Pensionado	Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres Correa Luna Herineda Del carmen			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
7. Tipo de documento de identidad CC	8. N° del documento de identidad 1068580780	9. Sexo Femenino ☒ Masculino	10. Fecha de nacimiento 28 04 1982
		Estado Civil Soltera	EPS anterior

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo Condición	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ART AXA Colpatria	16. Administradora de pensiones Colpensiones	17. Ingreso base de cotizante - IBC 1.750.905	
18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular 3203772743	Correo Electrónico lensonicordobaalimentos2026@gmail.com
Caralefe Municipio/Distrito	Zona Urbana Rural ☒	Localidad / Comuna	Córdoba Departamento

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	21. N° del documento de identidad	22. Sexo Femenino Masculino	23. Fecha de nacimiento
Municipio/Distrito		Zona Urbana Rural	Departamento
		Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo Celular

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 del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de Nacimiento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo Condición E N M T P	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
32. Datos de residencia	Zona	Municipio / Distrito	Departamento
B1	U R		
B2	U R		
B3	U R		
B4	U R		
B5	U R		

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)
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 Consorcio cordoba alimentaria 2026	36. Tipo de documento de identificación NIT	37. Número del documento de identificación 902 023 336-0	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación KM 3 vía Planeta Rica	3105036486	consorciocordobaalimentaria2026@gmail.com	Montería Córdoba
Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito Departamento

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 conyuge o compañero(a) permanente cotizante

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

42. Fecha de nacimiento

43. EPS Anterior

44. Motivo de Traslado

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 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 genere 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

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

57. Copia del actamen 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 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

67. Datos del SISBEN

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

70. Nombre del funcionario que realiza la validación

71. Firma del Funcionario

OBSERVACIONES:

Fecha Afiliación 27/01/2026

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 **1.068.580.780**

CORREA LUNA
APELLIDOS

HERINEDA DEL CARMEN
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-ABR-1988**

CANALETE
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

ESTATURA

A+

G.S. RH

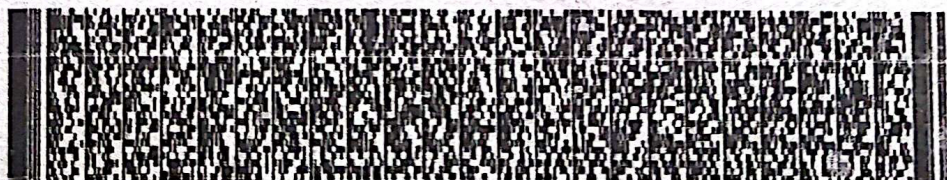
F

SEXO

18-ENE-2007 CANALETE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1300900-38159513-F-1068580780-20070508

0379907127C 02 233996814