

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 64.721.735

LEGUENA GOMEZ

APELLIDOS

MARTHA YOVANIS

NOMBRES

Martha Leguena
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-MAR-1983
SAMPUES
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53

O+

F

ESTATURA

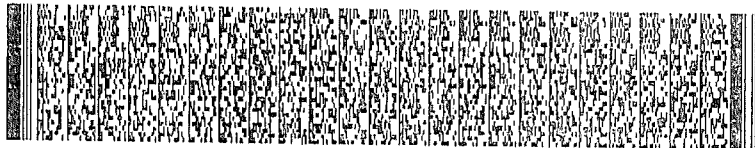
G.S. RH

SEXO

03-MAY-2002 SAMPUES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-2816000-00944773-F-0064721735-20171009

0057972695A 1

48159134

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)

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 PRIMER APELLIDO: LIDUENAS SEGUNDO APELLIDO: GOMEZ PRIMER NOMBRE: MARTHA SEGUNDO NOMBRE: YOLANIS		7. Tipo de documento de identidad CC		8. N° del documento de identidad 64921735		9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐		10. Fecha de nacimiento 09/03/1983		Estado Civil		EPS anterior	
--	--	---	--	--	--	--	--	---------------------------------------	--	--------------	--	--------------	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T P		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL AXA Colpatria		16. Administradora de pensiones		17. Ingreso base de cotizante - IBC 1750.005			
18. Residencia Dirección: CHINO Municipio/Distrito: Zona Urbana ☐ Rural ☒ Teléfono Fijo: Teléfono Celular: Correo Electrónico: darsacordobalmentoz202@gmail.com		Localidad / Comuna: Comalaba					

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 D M M A A A A A		Dirección	
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:							
25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		28. Fecha de nacimiento D M M A A A A A	
B1		B2		B3		B4	
B5		B6		B7		B8	

Datos Complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo: E N M T P Condición:		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1		B2		B3		B4	
B5		B6		B7		B8	
32. Datos de residencia B1 B2 B3 B4 B5		Zona U R		Municipio/Distrito		Departamento	
						Teléfono Fijo 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)	
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 Comercio Cordobalmentoz202		36. Tipo de documento de identificación NT		37. Número del documento de identificación 902023330		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación LMBVIA PANAMERA		Dirección: 3105036486		Correo Electrónico: mail.com		Municipio/Distrito Departamento	

VISADO Superespecialidad

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 0000000000 ☐ 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		Fecha de nacimiento		42. Fecha	
				Femenino ☐ Masculino ☒				D D M M A A A A	
						42. Fecha		D D M M A A A A	
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 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:

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 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. Copie 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		Código del departamento	67. Datos del SISBEN Número de Ficha		Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	0	D	M	A	A	A
							69. Fecha de Validación	0	D	M	A	A	A
70. Nombre del funcionario que realiza la 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	03/02/2026

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.