

CÉDULA DE
CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.003.157.621



Apellidos
OVIEDO MERCADO

Nombres
YOHANA MARGARITA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
07 SEPT 1985

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
CHINU (CORDOBA)

Fecha y lugar de expedición
17 FEB 2005 SINCELEJO

Firma
Yohana Oviedo

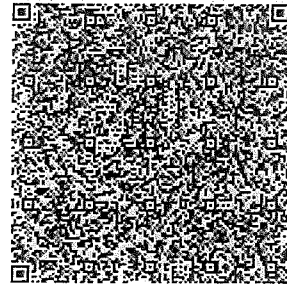
Fecha de expiración
27 FEB 2035



076231386



REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



ICCOL076231386228001<<<<<<<<<<
8509071F3502273COL1003157621<9
OVIEDO<MERCADO<<YOHANA<MARGARI

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Página 1

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea 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. Pensionada ☐		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: Oviedo Segundo apellido: Mercado Primer nombre: Yohana Segundo nombre: Margarita					
7. Tipo de documento de identidad	8. N° del documento de identidad: 1083159621	9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento: 07/09/1985	Estado Civil	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	
17. Ingreso base de cotizante - IBC: 1750.905			
18. Residencia: Dirección: Cfin 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: Dirección:
Municipio/Distrito	Zona Urbana ☐ Rural ☐ Urbana ☐	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: U R	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono Fijo	Celular	
B1	B2	B3	B4	B5			

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 Córdoba Alimentaria 2026	36. Tipo de documento de identificación: NIT	37. Número del documento de identificación: 902 023 336	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: KM3 VIA PLANETA RICA	Dirección: 3105036486	Teléfono: ConsorcioCordobaAlimentaria2026	Correo Electrónico: @gmail.com Municipio/Distrito: Montería Departamento: Córdoba

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

Sexo

Fecha de nacimiento

Segundo nombre

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

Sexo

Fecha

42. 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:

Cantidad:

CN

TI

PA

CD

RC

CC

CE

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 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

Código del Municipio

Código del departamento

Número de Ficha

Puntaje

Nivel

69. Fecha de Validación

70. Nombre del funcionario que realiza la validación

71. Firma del Funcionario

OBSERVACIONES:

fecha de inicio 26/01/2026

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.