

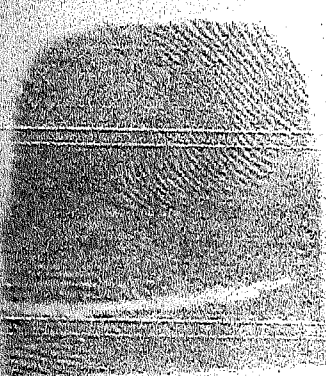
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CUIDADANIA

35.145.162

VERGARA LOPEZ
APPELLINA

YULEIDIS DEL CARMEN
LOPEZ

Yuleidis Vergara

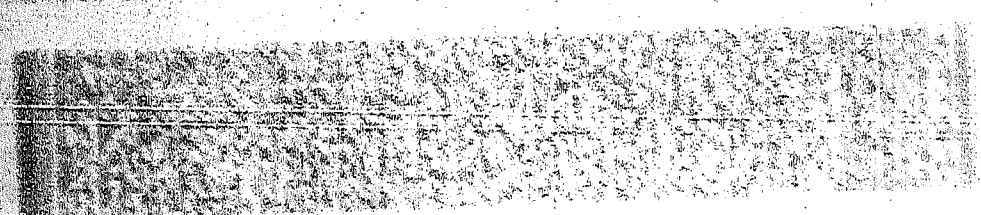


29-OCT-1983

CHINA

1.65

O+



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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. Pensionado ☐		Código (a registrar por la EPS)	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres PRERA LOPEZ YULEIDIS DEL CARMEN Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre					
7. Tipo de documento de identidad	8. N° del documento de identidad 35.145.162	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 29/10/1985	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 1700.005			
18. Residencia Dirección Teléfono fijo Teléfono Celular Correo Electrónico C. HINU 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	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 Corporación Cordoba Alimentaria 2026	36. Tipo de documento de identificación NT	37. Número del documento de identificación 902 023 886 - 0	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación Km3 VIA PLANETA PICA	Teléfono 3105036486	Correo Electrónico cordobalimn2026@gmail.com	Municipio/Distrito Montería	Departamento Córdoba

R. 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															
Primera apellido		Segunda apellido		Primer nombre		Segundo nombre									
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Femenino ☐	Masculino ☒	Fecha de nacimiento	D	E	M	M	A	A	A	A		
					42. Fecha	D	E	M	M	A	A	A	A		
43. EPS Anterior				44. Motivo de Traslado Código				45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones							

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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	D	M	M	A	A	A	A
						69. Fecha de Validación	D	M	M	A	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 DE AFILIACIÓN 19/01/2026
----------------	--------------------------------

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.