

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. Pensionado ☐		Código (a registrar por la EPS)	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres De la Espriella Pérez Jeyson		7. Tipo de documento de identidad CC		8. N° del documento de identidad 1233340268		9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒		10. Fecha de nacimiento D M A A A A		11. Estado Civil		12. EPS anterior	
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	------------------	--	------------------	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

13. Etnia		14. Discapacidad		15. Tipo		16. Condición		17. Puntaje SISBEN		18. Grupo de población especial			
19. Administradora de Riesgos Laborales - ARL AXA Colpatria		20. Administradora de pensiones porvenir		21. Ingreso base de cotizante - JUV 1.750.905		22. Residencia		23. Dirección		24. Teléfono fijo		25. Teléfono celular	
26. Municipio/Distrito Montería		27. Zona Urbana ☒ Rural ☐		28. Localidad / Comuna Cordoba		29. Departamento Cordoba		30. Correo electrónico consorcioacordobaalimentar2026@gmail.com		31. Correo electrónico		32. Correo electrónico	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

33. Apellidos y nombres		34. Tipo de documento de identidad		35. N° del documento de identidad		36. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒		37. Fecha de nacimiento D M A A A A		38. Dirección		39. Municipio/Distrito		40. Zona Urbana ☒ Rural ☐		41. Departamento		42. Código IPS (a registrar por la EPS)		43. Teléfono fijo		44. Celular	
-------------------------	--	------------------------------------	--	-----------------------------------	--	---	--	--	--	---------------	--	------------------------	--	---	--	------------------	--	---	--	-------------------	--	-------------	--

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

45. Apellidos y nombres		46. Tipo de documento de identidad		47. N° del documento de identidad		48. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒		49. Fecha de nacimiento D M A A A A		50. Dirección		51. Municipio/Distrito		52. Zona Urbana ☒ Rural ☐		53. Departamento		54. Código IPS (a registrar por la EPS)		55. Teléfono fijo		56. Celular	
-------------------------	--	------------------------------------	--	-----------------------------------	--	---	--	--	--	---------------	--	------------------------	--	---	--	------------------	--	---	--	-------------------	--	-------------	--

Datos Complementarios

57. Parentesco		58. Sexo		59. Discapacidad (Marque con una X)		60. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
61. Tipo		62. Condición		63. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		64. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
65. Tipo		66. Condición		67. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		68. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
69. Tipo		70. Condición		71. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		72. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
73. Tipo		74. Condición		75. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		76. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
77. Tipo		78. Condición		79. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		80. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
81. Tipo		82. Condición		83. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		84. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
85. Tipo		86. Condición		87. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		88. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
89. Tipo		90. Condición		91. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		92. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
93. Tipo		94. Condición		95. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		96. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
97. Tipo		98. Condición		99. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		100. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	

Selección de la IPS Primaria

101. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		102. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
103. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		104. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
105. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		106. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
107. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		108. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
109. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		110. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
111. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		112. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

113. Nombre o razón social Consorcio cordobaalimentar2026		114. Tipo de documento de identificación NIT		115. Número del documento de identificación 902023336-0		116. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
117. Ubicación Km 3 vía Planeta Rica		118. Teléfono 3105036486		119. Correo electrónico consorcioacordobaalimentar2026@gmail.com		120. Municipio/Distrito Montería	
121. Dirección Km 3 vía Planeta Rica		122. Teléfono 3105036486		123. Correo electrónico consorcioacordobaalimentar2026@gmail.com		124. Departamento Cordoba	

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2

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 Subordinado ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento. ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesantia. ☐ 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
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad
Sexo	Fecha de nacimiento
Formulario	42. Fecha
43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado
Código	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 beneficiarios. ☐ 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, representante 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 susrita 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 Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBEN Número de Ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación 69. Fecha de Validación
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 01-19-2026

Recuerda 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

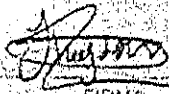
NÚMERO 1.233.340.268

DE LA ESPRIELLA PEREZ

APELLIDOS

JEYSON

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-MAY-1997

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76

O+

M

ESTATURA

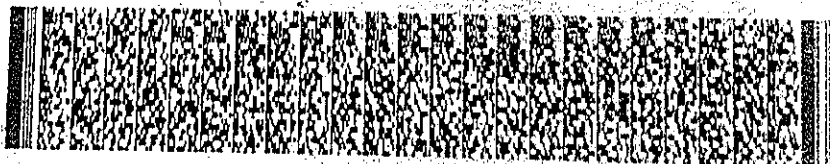
G.S. RH

SEXO

23-SEP-2015-MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS CALHDO VACHE



P-1300150-00991412-M-1233340268-20180329

0060589083A-1

9903768554

