

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)

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D M M 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 Primer apellido: Paternina Segundo apellido: Manchego Primer nombre: Berides Segundo nombre: Johana	7. Tipo de documento de identidad CC	8. N° del documento de identidad 1.066.573.002	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 08/06/1991	Estado Civil Soltera	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 - ART AXA Colpatria	16. Administradora de pensiones Colpensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC 11750.904	
18. Residencia Dirección: Calle 2 #3A-20 Municipio/Distrito: Montelíbano Zona: Urbana ☒ Rural ☐	Teléfono fijo	Teléfono Celular: 3114188455	Correo Electrónico: beridesjohana@gmail.com
	Localidad / Comuna: Paraiso	Departamento: Cordoba	

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	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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo: E N M Condición: T P	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					
32. Datos de residencia B1	Zona: U R	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
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 CONSTRUCIONES CARLOBA AL VENTA 2026	36. Tipo de documento de identificación NT	37. Número del documento de identificación 902023836	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación LA VIA DIANETA RICA	Teléfono 3105036486	Correo Electrónico: gmail.com	Municipio/Distrito: Montería Departamento: Cordoba

R. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación de los datos básicos de identificación.	☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.	☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 3. Actualización del documento de identidad.	☒ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☒ B. Régimen Subsidiado
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código	☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐
☐ 6. Reinscripción en la EPS.	☐ 15. Reporte de fallecimiento.
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	

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		Fecha de nacimiento		D U M M A A A A					
				Femenina Masculino		42. Fecha		D U 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

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 genera 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

VIII. FIRMAS	
Berludes Paternino	ALVARO SALGADO
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
	☐	☐	☐	☐	0
	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 le 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			
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.

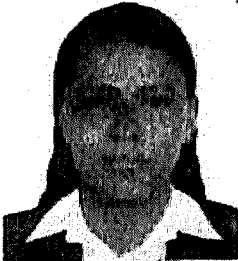
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.066.573.002
PATERNINA MANCHECO

APellidos
BERLEDIS JOHANNA

NOMBRES
Berledis Paternina M.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08 JUN 1991
MONTELIBANO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 **0+** **F**
ESTATURA **G.B. RM** **SEXO**

24-MAR-2016 LA APARTADA (FRONTERA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DORSAL

PERMISO PARA NACER
BERLEDIS JOHANNA MANCHECO



0-1300000-0000000 F-100057002-0010070 000212180001 00000000

