

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 A 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 Montalvo Martinez Meléndez Del Carmen					
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	
7. Tipo de documento de Identidad CC		8. N° del documento de Identidad 1.003.082.790		9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	
		10. Fecha de nacimiento 19/03/1998		Estado Civil Soltero	
				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 Colpatría		16. Administradora de pensiones Colpensiones		17. Ingreso base de cotizante - IBC 1.750.905			
18. Residencia							
Dirección Calle Principal		Teléfono Fijo		Teléfono Celular 3146943258		Correo Electrónico conacordadaalmenta206@gmail.com	
Municipio/Distrito Montebano		Zona Urbana ☒ Rural ☐		Localidad / Comuna Poraíso		Departamento Córdoba	

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	
20. Tipo de documento de Identidad		21. N° del documento de Identidad		22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	
23. Fecha de nacimiento		Dirección			
		D M A A A A			
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	
25. Tipo de documento de Identidad		26. Número del documento de Identidad		27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	
28. Fecha de Nacimiento					
		D M A A A A			
		D M A A A A			
		D M A A A A			
		D M A A A A			
		D M A A A A			

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		Zona		Municipio / Distrito		Departamento	
B1		U R					
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 Concorda cordoba almenta 206		36. Tipo de documento de Identificación NIT		37. Número del documento de Identificación 902023286-0		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación Km 3 Vía Planeta Rica		Teléfono 3105036386		Correo Electrónico conacordadaalmenta206@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 **XXXXXX**
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
- X 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo X 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		Segundo apellido		Sexo		Primera nombre		Segundo nombre					
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		Femenino ☐		Masculino ☐		Fecha de nacimiento					
								D D M M A A A A					
								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				Código				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
Meleidis M.	ALVARO SAGADO

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 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 Código del Municipio		Código del departamento		67. Datos del SISBEN Número de Ficha		Puntaje		Nivel		68. Fecha de Radicación		D		M		M		A		A	
										69. Fecha de Validación:		D		M		M		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																					

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO

1.003.082.290

APELLIDOS

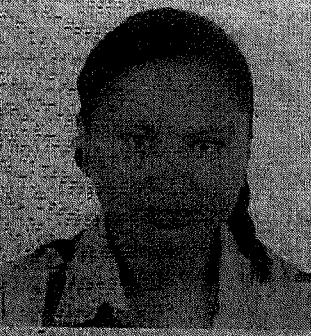
MONTALVO MARTINEZ

NOMBRES

MELEIDIS DEL CARMEN

FIRMA

meleidis montalvo





FECHA DE NACIMIENTO

19-JUL-1998

PUERTO LIBERTADOR

(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

20-FEB-2017 MONTELIBANO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

JUAN CARLOS GALINDO YACOA

INDICE DERECHO



P-1302500-00899077-F-1003082290-20170421

0055085648A 1

47725472

