mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de radicado	Fecha de radicado
23182-00015043-SM	1 2 0 2 2 0 2 6

I. DATOS DE TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de novedades [X]

2. Tipo de afiliación: A. Individual: -Cotizante o cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Contribución solidaria: Si [ ] No [X]

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

7. Código (a registrar por la EPS): ESSC07

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional) A. AFILIACIÓN

8. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
OLIVERA	SALCEDO	ONEIDY	RAMONA

9. Tipo de documento de identidad: CC

10. Número del documento de identidad: 1069479480

11. Sexo biológico: Femenino [X] Masculino [ ]

12. Sexo identificación: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual

13. Nacionalidad: COL

14. Lugar de nacimiento: País: COLOMBIA; Departamento: CORDOBA; Municipio: CHINU

15. Fecha de nacimiento: 0 1 0 9 1 9 8 8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

16. Etnia:

17. Comunidad:

18. Discapacidad: SI [ ] NO [X]
Categoria de discapacidad:

19. Tiene encuesta: SI [X] NO [ ]

20. Clasificación SISBÉN: Nivel 1 Grupo A

21. Grupo de población especial: 5

22. Administradora de riesgos laborales - ARL: SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A

23. Administración de pensiones: ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES

24. Ingreso base de cotización - IBC: $1.750.905

25. Tarifa contribución solidaria:

26. Residencia

Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CL 1 ESTE # 2		3114026333	CONSORCIONUTRIENDOFUTUROS2025@GMAIL.COM

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
CORDOBA	CHINU	SANTA ROSA	Cabecera municipal [ ] Centro poblado [ ] Rural disperso [X] Resto rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo de Documento de:

29. Número del documento de identidad:

30. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]

31.Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual

32. Nacionalidad:

33. Lugar de nacimiento: País: ; Departamento: ; Municipio:

34. Fecha de nacimiento: D D M M Y Y Y Y

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

35.	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1	GIL	OLIVERA	MARIAN	
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	39. Sexo biológico: Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	Cual	41.Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1	TI	1064610495	COL	X		X						COLOMBIA	CORDOBA	CHINU	2 6 0 3 2 0 1 8
B2															D D M M Y Y Y Y
B3															D D M M Y Y Y Y
B4															D D M M Y Y Y Y
B5															D D M M Y Y Y Y

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	47. NO	48. Clasificación SISBÉN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1	Hijo o hija			5	X		1	A		X			
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1	CORDOBA	CHINU			X		3224325262	
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1	CRV KM # VIA PLANET		CONSORCIOCORDOBAALIMENTA2026@GMAIL.COM
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DEL MUNICIPIO DE CHINU	231820052001
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social: CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

56. Tipo de documento de identificación: NI

57.Número del documento de identificación: 902023336

58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): 1

59. Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio / Distrito

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [x] 14. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

OLIVERA	SALCEDO	ONEIDY	RAMONA

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
CC	1069479480	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otros [ ] Cual	0 1 0 9 1 9 8 8

65.EPS anterior	66. Fecha de novedad	67.Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	1 9 0 1 2 0 2 6	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [x] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [x] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 73. 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.
- [x] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o de 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.
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria.

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX: FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT
Cantidad de documentos de identidad anexos									

- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. 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.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. 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.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del articulo 2.1.7.3 del Decreto780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. 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.

Total anexos:

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución
Código del municipio / Código del departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de Identidad	Número del documento de Identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
D D M M A A A A	D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capitulo VII del formulario