

30092959



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No.Radicación: 203100

FECHA DE RADICACIÓN

25022026

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE

A. AFILIACIÓN

B. REPORTE DE NOVEDADES

2. TIPO DE AFILIACIÓN

A. Individual:

a) Cotizante o cabeza de familia

b) Beneficiario o afiliado adicional

B. Colectiva

C. Institucional

D. De oficio

3. RÉGIMEN

A. Contributivo

B. Subsidiado

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

SI

NO

5. TIPO DE AFILIADO

A. Cotizante

B. Cabeza de Familia

C. Beneficiario

D. Afiliado adicional

6. TIPO DE COTIZANTE

A. Dependiente

B. Independiente

C. Pensionado

7. CÓDIGO

A1688

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO

ARCIA

SEGUNDO APELLIDO

HERAZO

PRIMER NOMBRE

LIVIS

SEGUNDO NOMBRE

ISABEL

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

C.N.

M.S.

R.C.

T.I.

C.C.

C.E.

S.C.

C.D.

A.S.

P.T.

10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1063292194

11. SEXO BIOLÓGICO

X

M

12. SEXO IDENTIFICACIÓN

X

M

T

NB

Otro

13. NACIONALIDAD

COLOMBIA

14. LUGAR DE NACIMIENTO

COLOMBIAS

CORDOBA

DEPARTAMENTO

MONTELIBANO

CIUDAD

15. FECHA NACIMIENTO

15

12

S

1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA

6

17. COMUNIDAD INDÍGENA

18. DISCAPACIDAD

SI

NO

CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?

SI

NO

20. CLASIFICACIÓN SISBÉN

NIVEL

GRUPO

21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL

22. ARL

COLPATRIA

23. AFP

PROTECCIÓN

24. IBC

\$1,750,905.00

25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

\$0.00

26. RESIDENCIA

DIRECCIÓN

CALLE 16 CARRERA 21

DEPARTAMENTO

CORDOBA

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR

3245941811

CORREO ELECTRÓNICO

arcialivis@gmail.com

MUNICIPIO/ DISTRITO

MONTELIBANO

LOCALIDAD/COMUNA

ZONA

CABECERA MUNICIPAL

X

CENTRO POBLADO

RURAL DISPERSO

RESTO RURAL

IPS

15326

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

T.I.

C.C.

C.E.

S.C.

C.D.

P.T.

29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

30. SEXO BIOLÓGICO

F

M

31. SEXO IDENTIFICACIÓN

F

M

T

NB

Otro

32. NACIONALIDAD

33. LUGAR DE NACIMIENTO

PAÍS

DEPARTAMENTO

MUNICIPIO

34. FECHA NACIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

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

35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS

36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

37. NÚMERO DE IDENTIDAD

38. NACIONALIDAD

39. SEXO

F

M

40. SEXO IDENTIFICACIÓN

F

M

T

NB

Otro?

41. LUGAR DE NACIMIENTO

PAÍS

DEPART.

MUNICIPIO

42. FECHA DE NACIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

Datos complementarios del Beneficiario

43. PARENTESCO

44. ETNIA

45. COMUNIDAD

46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL

47. TIENE ENCUESTA SISBÉN?

SI

NO

48. CLASIFICACIÓN SISBÉN

NIVEL

GRUPO

49. DISCAPACIDAD

SI

NO

CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

50. INCAPACIDAD PERMANENTE

SI

NO

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

DIRECCIÓN

LOCALIDAD/ COMUNA

CORREO ELECTRÓNICO

53. IPS

54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)

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

55. Nombre o razón social

CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

56. Tipo documento de identificación

T.I.

C.C.

C.E.

S.C.

P.A.

C.D.

P.T.

57. Número del documento de identificación

902023336

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

59. Ubicación

BO B CENTRO LOGISTICO E INDUSTRIAL SAN JERONI

3105036486

60. CORREO ELECTRÓNICO

CONSORCIOCORDOBAALIMENTA2026@GMAIL.COM

DEPARTAMENTO

CORDOBA

MUNICIPIO/DISTRITO

MONTERIA

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 IDENTIDAD

4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS

5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS

6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO

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. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. COLECTIVAS

12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS

13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS

14. MOVILIDAD

A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO

15. TRASLADO

A) MISMO RÉGIMEN

B) DIFERENTE RÉGIMEN

16. REPORTE DE FALLECIMIENTO

17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE

18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO

19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.

21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

T.I.

C.C.

C.E.

S.C.

C.D.

P.T.

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

62. SEXO BIOLÓGICO

F

M

63. SEXO IDENTIFICACIÓN

F

M

T

NB

Otro

64. FECHA NACIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

65. EPS ANTERIOR

66. FECHA DE NOVEDAD

30

01

S

2026

67. MOTIVO DE TRASLADO

Código

68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.

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. Anexo soporte de la Entidad

72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

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.

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.

75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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.

76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.

b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).

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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

T.I.

C.C.

C.E.

S.C.

C.D.

P.T.

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

CN

MS

RC

TI

CC

CE

SC

PA

CD

AS

PT

Cantidad:

Total

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 artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 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 las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL

Código del Municipio

Código del departamento

93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

C.C.

C.E.

S.C.

C.D.

P.T.

Número del documento de identidad

95. FIRMA DEL FUNCIONARIO

96. FECHA DE RADICACIÓN

DÍA

MES

AÑO

97. FECHA DE VALIDACIÓN

DÍA

MES

AÑO

OBSERVACIONES:

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

Verificado Superaridad

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO



gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, LIVIS ISABEL ARCIA HERAZO identificado (a) con

R.C.

T.I.

C.C.

C.E.

C.C.

S.C.

C.D.

P.E.

P.T.

número 1063292194 de MONTELIBANO, certifico que:

1

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?

Sí ☐ No ☐

2

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?

Sí ☐ No ☐

3

¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?

Sí ☐ No ☐

4

¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?

Sí ☐ No ☐

5

¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?

Sí ☐ No ☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3245941811

y/o correo electrónico: arcialivis@gmail.com

Sí ☐ No ☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. Sí ☐ No ☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web <https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes>

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta Sí ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente, LIVIS ISABEL ARCIA

Firma: _____

Tipo ID: CC No. ID: 1063292194

Fecha de Solicitud: 25/02/2026

Dirección: CALLE 16 CARRERA 21

Tel: 3245941811 Municipio: MONTELIBANO

Departamento: CORDOBA

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. .

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service -, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:

Línea Gratuita: **01 8000 954400**

Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subsidiado:

Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**

Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.

Conmutador: **(601) 419 3000**

Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 “Hábeas Data”; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA		ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES		ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES		INGRESO BASE DE COTIZACIÓN		POSEE VIVIENDA PROPIA		SÍ		PRODUCTOR AGROPECUARIO		SÍ						
		COLPATRIA		PROTECCIÓN		1750905				NO				NO						
Nivel de Escolaridad	Ninguno	☐	Secundaria	☐	Normalista	☐	Profesional	☐	Doctorado	☐	Posición Ocupacional		Patrón/Empleador		☐	Contratista	☐	Trabaja por su Cuenta		☐
	Preescolar	☐	Media académica o clásica (bachillerato básico)	☐	Técnica Profesional	☐	Especialización	☐	Último Grado	☐	Inicio Contrato				Fin Contrato					
	Básico Primaria	☐	Media técnica (bachillerato básico)	☐	Tecnológica	☐	Maestría	☐	Aprobado											
SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA. RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.																				
SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO		Nombre del Tercero				Tipo de Identificación		NIT P.A.	C.C. T.I.	C.E. C.D.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte				DV					

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR		CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR		Nombre de OFICINA			
Carmen S. Angulo Genes		A1688					
						CIUDAD Y FECHA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.063.292.194

ARCIA HERAZO

APELLIDOS

LIVIS ISABEL

NOMBRES

Livis Isabel Arcia

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-1991

MONTELIBANO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

A+

G.S. RH

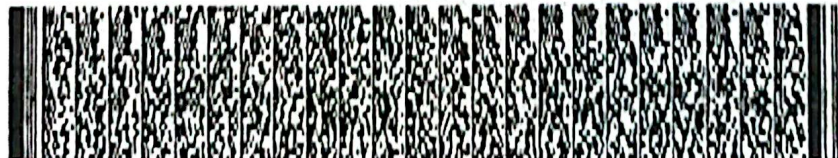
F

SEXO

22-JUL-2010 MONTELIBANO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL BANCHEZ TORRES



P-1302500-00254276-F-1063292194-20100908

0023814410A 1

35242517