

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Leer 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		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: Iana Segundo apellido: Domico Primer nombre: Ruth Segundo nombre: Estela	
7. Tipo de documento de identidad CC	8. N° del documento de identidad 1073971608
9. Sexo Femenino ☒ Masculino	10. Fecha de nacimiento 12/01/1997
11. Estado Civil	
12. EPS anterior	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

13. Etnia	14. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T P	15. Puntaje SGSSS	16. Grupo de población especial
17. Administradora de Riesgos Laborales - ARL AXA Colpatria		18. Administradora de pensiones Colpensiones	
19. Ingreso base de cotizante - IBC 11750.905		20. Residencia	
Dirección: Tierralta		Teléfono fijo: Zona Urbana ☒ Rural	
Teléfono Celular		Correo Electrónico: consorcioalimento2026@gmail.com	
Localidad / Comuna: Córdoba		Municipio/Distrito: Córdoba	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

21. Apellidos y nombres Primer apellido: Segundo apellido: Primer nombre: Segundo nombre:	
22. Tipo de documento de identidad	23. N° del documento de identidad
24. Sexo Femenino Masculino	25. Fecha de nacimiento D M A A A A
26. Dirección	
27. Municipio/Distrito	28. Zona Urbana ☒ Rural
29. Departamento	30. Código IPS (a registrar por la EPS)
31. Teléfono fijo	32. Celular

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

33. Apellidos y nombres Primer apellido: Segundo apellido: Primer nombre: Segundo nombre:	
34. Tipo de documento de identidad	35. Número 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 Complementarios

45. Parentesco	46. Etnia	47. Discapacidad (Marque con una X) Tipo: E N M Condición: T P	48. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
49. Datos de residencia	50. Zona Urbana ☒ Rural	51. Municipio / Distrito	52. Departamento
53. Teléfono fijo	54. Celular	55. Dirección	56. Localidad / Comuna

Selección de la IPS Primaria

57. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	58. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
59. C	60. B
61. B	62. B

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

63. Nombre o razón social consorcio cordoba alimento 2026	64. Tipo de documento de identificación NIT	65. Número del documento de identificación 902 023 336-0	66. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
67. Ubicación KM3 VIA PLANETARIA 3105036486	68. Dirección consorcioalimento2026@gmail.com	69. Municipio/Distrito Montaña	70. Departamento Córdoba

VIGILADO SUPERVISADO

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: 00000000000000000000

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 Subsidado

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad			
Número del documento de identidad		Sexo	Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	

43. EPS Anterior

44. Motivo de Traslado

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

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

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

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. 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 nombre

Segundo nombre

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 CIUDADANA

1.073.971.608

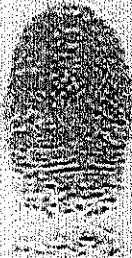
LANA DOMICO

APellidos

PUJH ESTELA

Nombre

NO FIRMA



IMPRESION DE DEDO

FECHA DE NACIMIENTO 12-ENE-1997

TIERRALTA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.40

O+

F

ESTATURA

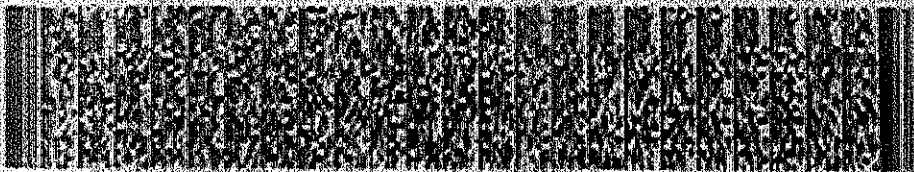
G.G. RH

SEXO

06-MAY-2015 VALENCIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRACION NACIONAL
ALIAS E IDENTIFICACION VOTIVA



A-1302006-00054235 F-10/3071809-20161008

00017458104 1

40851000

