

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)

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 Cabrera Domínguez Umilda											
7. Tipo de documento de identidad CC		8. N° del documento de identidad 1073971387		9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐		10. Fecha de nacimiento 23/04/1986		Estado Civil		EPS anterior	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo: F N M Condición: F R		13. Puntaje SIGADN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL AXA Colombia		16. Administradora de Pensiones Porvenir		17. Ingreso base de cotizante - IBC 1.750.905			
18. Residencia Dirección: Terralta		Teléfono Fijo		Teléfono Celular		Correo Electrónico: rmmarcordobaalimento@gmail.com	
Zona Urbana ☐ Rural ☒		Localidad / Comuna		Código		Departamento	

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 D M M A A A A		Dirección	
Municipio/Distrito		Zona Urbana Rural Urbana		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 D M M A 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		32. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
32. Datos de residencia		Zona Urbana Rural		Municipio / Distrito		Departamento	
B1		U R				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 consorcio cordoba alimento 2026		36. Tipo de documento de identificación NIT		37. Número del documento de identificación 902 023 336 - 0		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación Km3 via planeta nica		Dirección		Teléfono		Municipio/Distrito	
3105036986		consorcio cordoba alimento 2026 @gmail.com		Montorio		Cordoba	

VISADO SuperSalud

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

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

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

Primer apellido	Segundo apellido	Sexo	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino	Masculino	

43. EPS Anterior

44. Motivo de Traslado

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

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 beneficiarios.

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad:

CN TI PA CD

RC CC CE SC

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 parto 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

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

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 19-07-2026

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

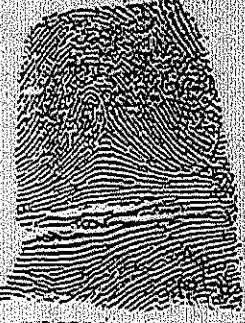
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.073.971.387**

CABRERA DOMICO
APELLIDOS

UMILDA
NOMBRES

Umilda Cabrera Domico
FIRMA

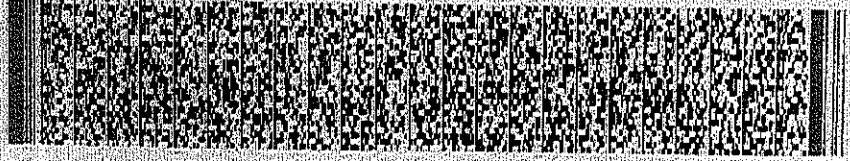


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ABR-1986**
TIERRALTA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO
08-SEP-2004 TIERRALTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VAPHA



A-1305800-38155943-F-1073971387-20070216 01714070460 02 208067786

