

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 Montalvo Martinez Meleidis Del Carmen											
7. Tipo de documento de identidad CC		8. N° del documento de identidad 1003082290		9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐		10. Fecha de nacimiento 19/07/1998		11. Estado Civil		12. EPS anterior	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

13. Etnia		14. Discapacidad Tipo: ☐ E ☐ N ☐ M Condición: ☐ T ☐ P		15. Puntaje SISBEN		16. Grupo de población especial	
17. Administradora de Riesgos Laborales - ARL AXA Colpatria		18. Administradora de pensiones Colpensiones		19. Ingreso base de cotizante - IBC 1750.905			
20. Residencia Dirección: Montelíbano Municipio/Distrito: Montelíbano		21. Teléfono fijo		22. Teléfono celular		23. Correo electrónico mmmmccordobaalmenta2026@gmail.com	
24. Zona Urbana ☐ Rural ☒		25. Localidad / Comuna 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: Segundo nombre:									
20. Tipo de documento de identidad		21. N° del documento de identidad		22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		23. Fecha de nacimiento D M A A A A A A		24. Dirección	
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: Segundo 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 A A	
B1		B2		B3		B4	
B5		B6		B7		B8	

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		B6		B7		B8	
33. Datos de residencia		34. Zona Urbana ☐ Rural ☐		35. Municipio / Distrito		36. Departamento	
B1		B2		B3		B4	
B5		B6		B7		B8	

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Proveedor de Servicios de Salud - IPS		35. 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

36. Nombre o razón social Monerao cordoba almenta 2026		37. Tipo de documento de identificación NI		38. Número del documento de identificación 912 073 336-0		39. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
40. Ubicación KM3 VIA PLANETARIA		41. Teléfono 3105036486		42. Correo electrónico mmmmccordobaalmenta2026@gmail.com		43. Municipio/Distrito Montelíbano	
44. Dirección		45. Teléfono		46. Correo electrónico		47. Municipio/Distrito 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
- ☐ 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 ☒ 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-pensionada.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionada.

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

A1. 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		Masculino		Femenino		Fecha de nacimiento			
												42. Fecha			
43. EPS Anterior				44. Motivo de Traslado				45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones							
Código															

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

48. 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 beneficiario 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 **Meleidis Montalvo**

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afilia- **ALVARO SALGADO**
 ción colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad:	CN	TI	PA	CD	Total:	1	1	1	1	4
	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. 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

69. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de Radicación	
Código del Municipio	Código del departamento	Número de Ficha	Puntaje	Nivel	
70. Nombre del Funcionario que realiza la validación				69. Fecha de 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 Afiliacion 19-01-2026

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO

1 003 082 290

APELLIDOS

MONTALVO MARTINEZ

NOMBRES

MELEIDIS DEL CARMEN

FIRMA

INDICE DERECHO

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

MARTIN LUIS SALAS Y ARA

P-1302500-00899077-F-1003082290-20170421

0055005538A

47725472

