

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 Herrera Primer apellido		Suarez Segundo apellido		Sindy Primer nombre		Dania Segundo nombre	
7. Tipo de documento de identidad Cc	8. N° del documento de identidad 1014182572	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 23/12/1986	Estado Civil	EPS anterior		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo: ☐ N ☐ M ☐ Condición: ☐ T ☐ P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL AXA Colpatria		16. Administradora de pensiones Colpensiones	
17. Ingreso base de cotizante - IBC 1750-905			
18. Residencia Dirección: Pungina Municipio/Distrito: Pungina		Teléfono Celular: 3100000000 Correo Electrónico: marioacordobaalimento2026@gmail.com	
Zona: Urbana ☒ Rural ☐		Localidad / Comuna: Córdoba Departamento: 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 M A A A A	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:				
B1	B2	B3	B4	B5
25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	28. Fecha de Nacimiento 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 T P Condición: E N M T P	32. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1	B2	B3	B4
B5	B6	B7	B8
32. Datos de residencia	Zona: U R	Municipio / Distrito	Departamento
B1	B2	B3	B4
B5	B6	B7	B8

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 902 023 236-0	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación KM3 VIA PLANETA PICA	40. Teléfono 3105036484	41. Correo Electrónico consorcioacordobaalimento2026@gmail.com	42. Municipio/Distrito Montelíbano
			43. Departamento 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

X

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	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	Sexo
			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 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

Sindy Herrera

54. El cotizante, cabeza de la familia o beneficiario.

Alvaro Salgado

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

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 senten cia 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 suerita 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. Copie 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 departamento	67. Datos del SISBEN	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación
Código del Municipio		Número de Ficha			
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 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.014.182.572

HERRERA SUAREZ

APELLIDOS

SINDY PAOLA

NOMBRES

SINDY HERRERA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-DIC-1986

PURISIMA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O+

G.S. RH

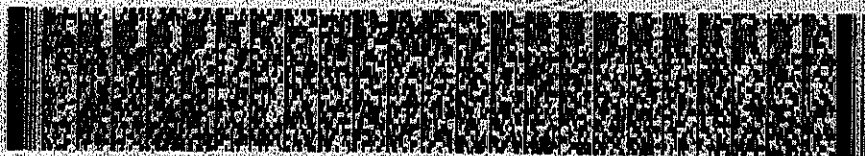
F

SEXO

01-FEB-2005 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1303400-01050693-F-1014182572-20181213

0063666736A-1

51027986

MINISTERIO DEL ESTADO CIVIL

