CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

24086411080251

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DEL NACIMIENTO

Departamento	Municipio
PUTUMAYO	COLÓN

ÁREA DEL NACIMIENTO

Área	Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

FECHA DEL NACIMIENTO Año - Mes - Día	HORA DEL NACIMIENTO Hora - Minutos
2024-08-11	08:37:00

SEXO DEL NACIDO VIVO	HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO Grupo sanguíneo	Factor RH
Femenino		

IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1004630628

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ORDOÑEZ	MUÑOZ	JULET	MARBEL

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL NACIDO VIVO ES RECONOCIDO POR SUS PADRES COMO

Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIDO VIVO

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	27093413

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
IZQUIERDO	GOMEZ	ALEXANDRA	MARIA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	861183

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
PUTUMAYO	COLÓN

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO
2024-08-11	ALEXANDRA IZQUIERDO GOMEZ CC 27093413 U.C.C GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2024-08-11 10:21

Código verificación: 271C-68E5-DBFC-87CA

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
1.004.630.628

ORDOÑEZ MUÑOZ
APELLIDOS

JULET MARBEL
NOMBRES

Marbel Ordoñez Muñoz
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-DIC-1996**
EL TABLON
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-ENE-2015 SIBUNDOY
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401900-00677385-F-1004630628-20150311 0043544588A 1 42377278

Powered by CamScanner

FEPS-AIR-06, V-00

EMSSANAR S.A.S.
Registro en Cámara de Comercio No. 15233 libro IX. Octubre 24 de 2016
Nit. 901 021 565 - 8

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	11082024

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [X]	A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [X]

4. Tipo de afiliado	5.Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [ ] B. cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DEIDENTIFICACIÓN(del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ORDOÑEZ	MUÑOZ	JULET	MARBEL

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
C.C.	1.004.630.628	Femenino [X] Masculino [ ]	25/12/1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M; Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC

18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electronico
Barrio El Cedro	3128759821	3112007812	

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
Sibundoy	Urbana [X] Rural [ ]		Putumayo

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. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	DD MM AAAA

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	HIJA DE ORDOÑEZ	MUÑOZ	JULET	MARBEL
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1	C.N.V.	24086411080251	X		11082024
B2					DD MM AAAA
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P
B1	HIJA						
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/ o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adiciona (a registrar por la EPS)
B1	Sibundoy	X		Putumayo	3112007812	
B2						
B3						
B4						
B5						

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	ESE HOSPITAL PIO XII - COLON PUTUMAYO	
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Numero del documento de identificación	38. Tipo de a portante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

Powered by CamScanner

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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 corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [x] 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 de l trámite de protección al cedante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha D D M M A A A A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [x] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [x] 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
- [x] 49. Declaración de no internación del cotizante cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 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..
- [x] 51. 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 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.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envie información adicional al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. E empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio
x Maibel Ordoñez	

IX. ANEXOS

- [x] 56 Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [x] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] — Cantidad: [x] [ ] [ ] [x] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: 2
- [ ] 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 al que declare la separación de cuerpos de 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 o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida 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 del bebeficiario 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 SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

FUNCIONARIO EMSSANAR:

Para dar cumplimiento a la circular conjunta externa 016 de 2013 (mayo 15), Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud, es necesario aplicarel siguiente cuestionario como soporte de entrega de la presente Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño.

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	***SI*** [X] ***NO*** [ ]
¿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?	***SI*** [X] ***NO*** [ ]
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	***SI*** [X] ***NO*** [ ]
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	***SI*** [X] ***NO*** [ ]
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	***SI*** [X] ***NO*** [ ]

En constancia se firma el día 11 *, mes* Agosto *, año 20*24

Municipio Colón *Departamento* Putumayo

Maybol Ordoñez
Firma afiliado



ó Huella afiliado

Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento de esteformato lo efectuará un tercero a quien él ruegue; lo cual deberá ser ratificado por el afiliado a través de la imposición de su huella.

_____
Firma a ruego

*Nombre:*_____
*Identificación:*_____
*Edad:*_____
*Domicilio:*_____

FUNCIONARIO EMSSANAR

Este documento debe ser diligenciado con el afiliado al momento de recibir una Carta de Derechos; una vez diligenciado se debe almacenar en una carpeta y tener listopara presentación ante los entes de vigilancia y control.

Powered by CamScanner