GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS
E.P.S. INDÍGENA
MALLAMAS
"El autocuidado en salud para un buen vivir"

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Codigo:	**AS-FR-001**
Versión:	**01**
Vigencia:	**28/02/2017**

No. de Radicación	Fecha de Radicación
3240058410926	01/02/2025

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☑

2. Tipo de Trámite: - Cotizante o Cabeza de Familia ☑ A. Individual; - 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. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐

Código (a registrar por la EPS):

A. AFILIACION

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION(del cotizante o cabeza de familia)

6. Primer Apellido	6. Segundo Apellido	6. Primer Nombre	6. Segundo Nombre
LOPEZ	CORDOBA	LISET	YURANY

7. Tipo de Documento de Identidad	8. Número del documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	1143930094	Femenino ☑ Masculino ☐	10/10/1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13.Puntaje Sisben	14.Grupo Población Especial
1	F N M Tipo ☐ ☐ ☐ — T P Condicion ☐ ☐		16

15.Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16.Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
		$1,423,500

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Telefono Celular	Correo electrónico
CAN KOFAN C MONTEBELLO AV 42 OESTE # 10 C 12	3233679090		

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
CALI	Urbana ☐ Rural ☐		VALLE DEL CAUCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del conyugué o compañero(a) permanente cotizante

19. Primer Apellido	19. Segundo Apellido	19. Primer Nombre	19. Segundo Nombre

20. Tipo de Documento de Identidad	21. Número del documento de Identidad	22. Sexo	23. Fecha de Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios

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

	33. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion 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	36. Tipo de documento	37. Número del documento de identidad	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
LISET YURANY LOPEZ CORDOBA	NI	1143930094	02

39. Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
AV 42 OESTE # 10C-12		lisetlopez1089@gmail.com	CALI	VALLE DEL CAUCA