

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 50.986.606

DORIA PEREZ

APELLIDOS

CLAUDIA PATRICIA

NOMBRES

Claudia Doria Pérez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-ENE-1979

SAN PELAYO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

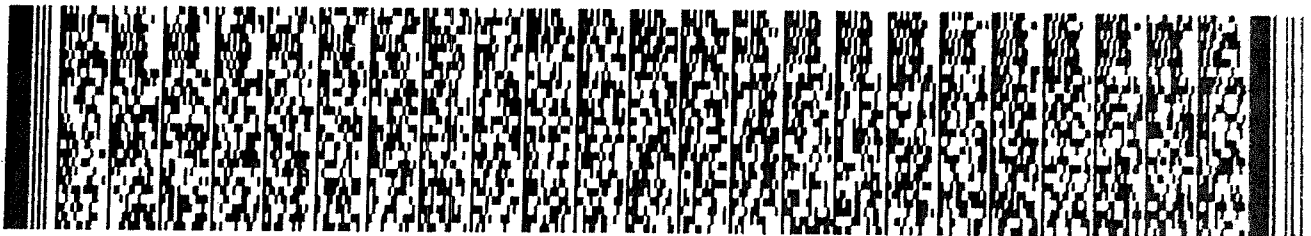
O-
G.S. RH

F
SEXO

18-SEP-2001 SAN PELAYO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1305500-00715469-F-0050986606-20150617

0044512948A 1

43772168

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 Doria Perez Claudio Patricia											
7. Tipo de documento de Identidad		8. N° del documento de Identidad 50986606		9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐		10. Fecha de nacimiento 14/01/1979		Estado Civil		EPS anterior	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo ☐ Condición ☐		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL AXA Colpatría		16. Administradora de pensiones		17. Ingreso base de cotizante - IBC 1780.905			
18. Residencia Dirección San Pelayo		Teléfono Fijo		Teléfono Celular		Correo Electrónico marcomendadomirte2026@gmail.com	
Zona Urbana ☒ Rural ☐		Localidad / Comuna Córdoba		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 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			
B1		B2		B3		B4		B5	

Datos Complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo Condición E N M T P		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)			
B1		B2		B3		B4		B5	
32. Datos de residencia		Zona		Municipio / Distrito		Departamento		Teléfono Fijo Celular	
B1		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			
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 Comercio Córdoba Alvaro 2016		36. Tipo de documento de Identificación NIT		37. Número del documento de Identificación 902028336-0		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación Km 3 vía Planetaria		Teléfono 3105036486		Correo Electrónico comerciocordobaalvaro2016@gmail.com		Municipio/Distrito Montería	
Dirección						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
- 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-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 Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

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 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 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 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

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	67. Datos del SISBEN Número de Ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de Radicación
70. Nombre del funcionario que realiza la validación		69. Fecha de Validación
Primer apellido	Segundo apellido	Primer apellido
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del Funcionario

OBSERVACIONES:

FECHA DE AFILIACIÓN 26/1/2026.

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