

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.066.185.537**  
**BETTIN PORTACIO**

APELLIDOS  
**DAYANA ANDREA**

NOMBRES

**Dayana Bettin**

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **21-JUN-1995**  
**CHINU**  
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.59**

**B+**

**F**

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

**26-SEP-2013 CHINU**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1301900-00502445-F-1066185537-20131026

0035603031A 1

40742863



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<br>A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>                                       |  | 2. Tipo de Afiliación<br>A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/><br>Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/><br>B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/> |  | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/> |  |
| 4. Tipo de afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> |  | 5. Tipo de cotizante<br>A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>                                                                                                                                      |  | Código (a registrar por la EPS)                                                                          |  |

A. AFILIACIÓN

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

|                                                                                                                           |                                                |                                                                                            |                                       |              |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------|--------------|
| 6. Apellidos y Nombres<br>Primer apellido: Bettin Segundo apellido: Portacio Primer nombre: Dayana Segundo nombre: Andrea |                                                |                                                                                            |                                       |              |              |
| 7. Tipo de documento de Identidad<br>CC                                                                                   | 8. N° del documento de Identidad<br>1.06618537 | 9. Sexo<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 10. Fecha de nacimiento<br>21/06/1995 | Estado Civil | EPS anterior |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

|                                                                                |                                                |                                                        |                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 11. Etnia                                                                      | 12. Discapacidad<br>Tipo: F N M Condición: E P | 13. Puntaje SISBEN                                     | 14. Grupo de población especial |
| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br>AXA Colpatria                 |                                                | 16. Administradora de pensiones                        |                                 |
| 17. Ingreso base de cotizante - IBC                                            |                                                | 18. Residencia                                         |                                 |
| Dirección: CHINU Municipio/Distrito                                            |                                                | Teléfono Fijo: 3012609574 Correo Electrónico: 1758.905 |                                 |
| Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> |                                                | 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<br>Primer apellido: Segundo apellido: Primer nombre: Segundo nombre: |                                                                     |                                                                                  |                                       |
| 20. Tipo de documento de Identidad                                                           | 21. N° del documento de Identidad                                   | 22. Sexo<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 23. Fecha de nacimiento<br>Dirección: |
| Municipio/Distrito                                                                           | Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> | 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<br>Primer apellido: Segundo apellido: Primer nombre: Segundo nombre: |                                       |                                                                                  |                         |
| 25. Tipo de documento de Identidad                                                           | 26. Número del documento de Identidad | 27. Sexo<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 28. Fecha de Nacimiento |
| B1                                                                                           |                                       |                                                                                  |                         |
| B2                                                                                           |                                       |                                                                                  |                         |
| B3                                                                                           |                                       |                                                                                  |                         |
| B4                                                                                           |                                       |                                                                                  |                         |
| B5                                                                                           |                                       |                                                                                  |                         |

Datos Complementarios

|                         |  |           |                      |                                                                   |               |                                                                     |  |
|-------------------------|--|-----------|----------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------|--|
| 29. Parentesco          |  | 30. Etnia |                      | 31. Discapacidad (Marque con una X)<br>Tipo: E N M Condición: 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: U R | 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<br>Monterio Corredores 2026 | 36. Tipo de documento de identificación<br>NIT | 37. Número del documento de identificación<br>900 023 886-0 | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) |
| 39. Ubicación<br>KM 3 VIA PLAVIA RICA, 3105036486     | Corredores 2026                                | Monterio                                                    | Córdoba                                                            |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

|                                                                                                                     |                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de los datos básicos de identificación.                                    | <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas                              |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.                                          | <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas                          |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.                                               | <input checked="" type="checkbox"/> 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.                                    | <input type="checkbox"/> 14. Traslado: A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen                                |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/>                    | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.                                                                               |
| <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.                                                                | <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante.                                                           |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.                                                                |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado.                                                                    |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.                   |                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. |                                                                                                                                      |

## VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

| VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD                                                 |  |                                   |  |                                                                                 |  |                     |  |                                                          |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|--|----------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 41. Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante: |  |                                   |  |                                                                                 |  |                     |  |                                                          |   |   |   |   |   |   |   |
| Primera apellido                                                                     |  | Segunda apellido                  |  | Primera nombre                                                                  |  | Segunda nombre      |  |                                                          |   |   |   |   |   |   |   |
| Tipo de documento de identidad                                                       |  | Número del documento de identidad |  | Sexo                                                                            |  | Fecha de nacimiento |  | 42. Fecha                                                |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                      |  |                                   |  | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> |  |                     |  | D                                                        | D | M | M | A | A | A | A |
|                                                                                      |  |                                   |  |                                                                                 |  |                     |  | D                                                        | D | M | M | A | A | A | A |
| 43. EPS Anterior                                                                     |  |                                   |  | 44. Motivo de Traslado                                                          |  |                     |  | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                      |  |                                   |  | Código                                                                          |  |                     |  |                                                          |   |   |   |   |   |   |   |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

## 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

| 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

| IX. ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                             |    | CANTIDAD |    | VALOR UNITARIO |  | VALOR TOTAL |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|----|----------------|--|-------------|--|
| 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. 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

| X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL              |  |                         |  |                                         |                                   |         |  |       |  |                           |  |   |  |   |                  |   |  |   |  |
|----------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|-----------------------------------------|-----------------------------------|---------|--|-------|--|---------------------------|--|---|--|---|------------------|---|--|---|--|
| 66. Identificación de la Entidad Territorial<br>Código del Municipio |  | Código del departamento |  | 67. Datos del SISBEN<br>Número de ficha |                                   | Puntaje |  | Nivel |  | 68. Fecha de Radicación   |  | D |  | M |                  | A |  | A |  |
|                                                                      |  |                         |  |                                         |                                   |         |  |       |  | 69. Fecha de Validación   |  | D |  | M |                  | A |  | A |  |
| 70. Nombre del funcionario que realiza la 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 AFILIACIÓN 08/02/2026

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.