

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.003.262.907**
MULET GUZMAN

APELLIDOS
EIDY ROSA

NOMBRES

Eidy Rosa Mulet Guzman

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **15-OCT-1992**

CHINU
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

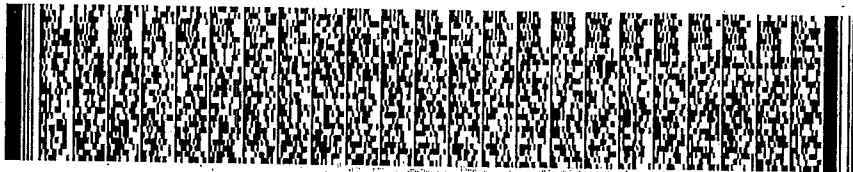
22-NOV-2010 CHINU

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1301900-00352564-F-1003262907-20111223 0028811196A 2 37498921

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Página 1

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

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 Primer apellido: MULET Segundo apellido: GUZMAN Primer nombre: EIDY Segunda nombre: ROSA					
7. Tipo de documento de identidad CC	8. N° del documento de identidad 1003262907	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 15/10/1992	Estado Civil	EPS anterior

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo: F 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	
17. Ingreso base de cotizante - IBC 11750-905			
18. Residencia Dirección: CHINU Municipio/Distrito Zona: Urbana ☒ Rural ☐ Teléfono Fijo: Teléfono Celular: Correo Electrónico: Correo electrónico: marta202@gmail.com			
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: Segunda nombre:				
20. Tipo de documento de identidad	21. N° del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	Dirección
Municipio/Distrito	Zona Urbana ☐ Rural ☐ Urbana ☐	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: Segunda apellido: Primer nombre: Segunda 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 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 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		U R				
B2		U R				
B3		U R				
B4		U R				
B5		U R				

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 Comandante Cardoza Almontar	36. Tipo de documento de identificación NIT	37. Número del documento de identificación 902023226-0	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Km 3 VIA PAREIRA	Dirección 3105036486	Correo Electrónico: gmail.com	Municipio/Distrito: Montería 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											
Primera apellidos		Segunda apellidos		Primer nombre		Segundo nombre					
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		Sexo		Fecha de nacimiento		42. Fecha			
				Femenino ☐ Masculino ☒				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

VIII. 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

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		Código del departamento	67. Datos del SISBEN Número de Ficha		Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	
							69. Fecha de Validación:	
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 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.