

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 50.958.821

CARRASCAL MONTERROZA

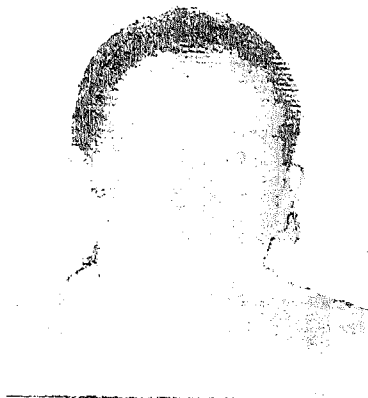
APELLIDOS

MARIA DEL CARMEN

NOMBRES

Maria Carrascal Monterroza

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-AGO-1970 /

CHINU
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

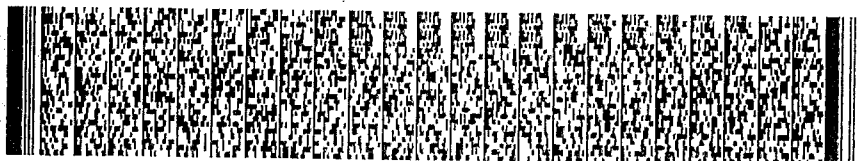
1.56
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

03-AGO-1992 CHINU
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1301900-00135554-F-0050958821-20081210

0007848043A 1

7700000860

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 PRIZASCAI MONTERROSA MARIA DEL CARMEN											
7. Tipo de documento de identidad		8. N° del documento de identidad 50958821		9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐		10. Fecha de nacimiento 15/08/1979		Estado Civil		EPS anterior	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo ☐ E ☐ 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 1750.005			
18. Residencia Dirección CHINU		Teléfono fijo		Teléfono celular		Correo Electrónico consorciocordobaolventa2026@gmail.com	
Municipio/Distrito		Zona Urbana ☐ Rural ☒		Localidad / Comuna		Córdoba	

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		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		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 Consorcio Córdoba olventa 2026		36. Tipo de documento de identificación NIT		37. Número del documento de identificación 902 023 336 - 0		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación KM3 VIA PLAZA RECA		Teléfono 3105036345		Correo Electrónico consorciocordobaolventa2026@gmail.com		Municipio/Distrito 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
		Fecha de nacimiento	
		42. Fecha	

43. EPS Anterior

44. Motivo de Traslado

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

Código

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	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de Radicación
Código del Municipio	Número de Ficha	
Código del departamento	Puntaje	Nivel
		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 28/01/2026

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