

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **25.912.330**

CONDES RAMOS
APELLIDOS

OLGA MARIA
NOMBRES



Olga Condes
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-JUN-1963**

CHINU
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O+

G.S. RH

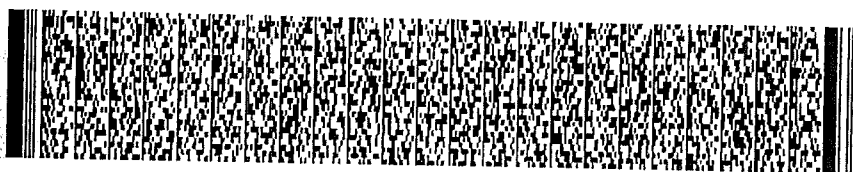
F

SEXO

12-DIC-1983 CHINU

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1301999-70147978-F-0025912330-20060518

00857 06138A 02 175169890

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)

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	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 CONDES RAMOS OLGA MARIA			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
7. Tipo de documento de identidad	8. N° del documento de identidad	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento
00	25912330		04/06/1963
		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 Colpatría	16. Administradora de pensiones	17. Ingreso base de cotizante - IBC 1750.905	
18. Residencia			
Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico mariacondesramos2026@gmail.com
CHIMU	Zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / Comuna	Córdoba
Municipio/Distrito			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				
			D M M A A A A				
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	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 CONSORCIO cordoba afilienta 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 PLANETA ELCA	Teléfono 3105036386	Correo Electrónico consorciocordobaafilienta2026@gmail.com	Departamento Córdoba
Dirección		Municipio/Distrito Montebello	

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 000000 ☐ 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		Sexo		Primer nombre		Segundo nombre					
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		Sexo		Femenino ☐		Masculino ☐		Fecha de nacimiento		D D M M A A A A	
										42. Fecha:		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

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. 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

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	D	D	M	M	A	A	A	A
70. Nombre del funcionario que realiza la validación							69. Fecha de Validación	D	D	M	M	A	A	A	A
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 29/01/2026

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