

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.066.176.369

PINTO POLO
APELLIDOS

ROXANA
NOMBRES

Roxana Pinto
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-JUL-1987

CHINU
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54

ESTATURA

A+

G.S. RI

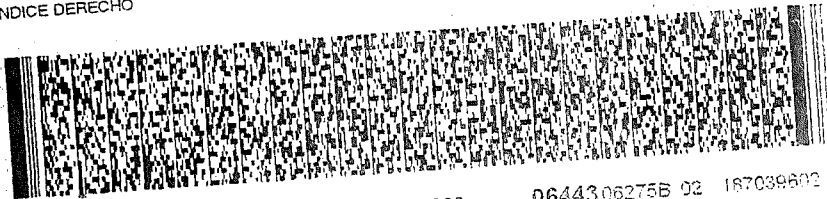
F

SEXO

26-JUL-2006 CHINU

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabratriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABRATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-1301900-38152882-F-1066176369-20061002

0644306275B 02 187039602

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 M M 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 PINTO POLO ROXANA					
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre					
7. Tipo de documento de identidad cc	8. N° del documento de identidad 1066176369	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 15/07/1987	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 1750905
18. Residencia			
Dirección CHINO		Teléfono fijo	Teléfono Celular 3013846434
Zona Urbana ☒ Rural ☐		Correo Electrónico consorciadobocadamentorica@gmail.com	
Localidad / Comuna Cedóla		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 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
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 cedóla almenta 2016	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 RM3 VIA PLANETA RICA	3105036486	consorciadobocadamentorica@gmail.com	Montana Cedóla
Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito Departamento

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

X

13. Movilidad: A. Régimen ContributivoX 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	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.

48. 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 RC CC CE SC

Total

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

68. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de Radicación	
Código del Municipio	Código del departamento	Número de Ficha	Puntaje	Nivel	
				69. Fecha de Validación	
70. Nombre del funcionario que realiza la 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 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