

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.003.721.610**

GUERRERO MIRANDA

APELLIDOS

RUTH ESTHER

NOMBRES


FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

29-AGO-2000

SAN PELAYO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

A+

F

ESTATURA

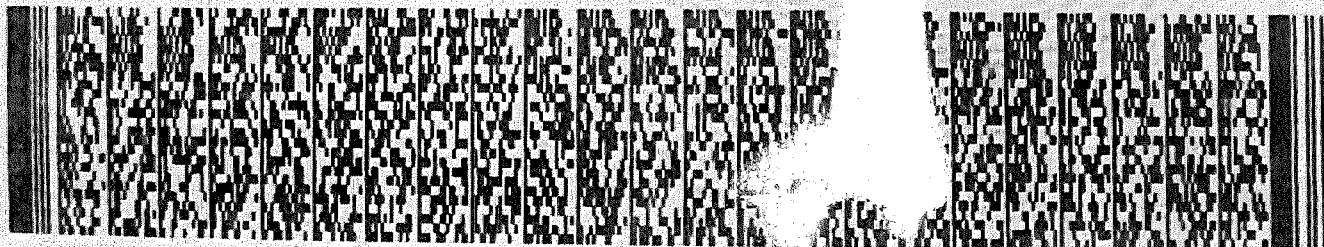
G.S. R/I

SEXO

30-AGO-2018 SAN PELAYO

FECHA Y LUGAR DE EXPOSICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-1305500-01051924-F-1003721610-20181220

0063817072A 2

50348334

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN DEL ESTADO CIVIL

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 Primer apellido: Guerrero Segundo apellido: Miranda Primer nombre: Ruth Segundo nombre: Esther					
7. Tipo de documento de Identidad CC	8. N° del documento de Identidad 1003721610	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 29/08/2022	Estado Civil	EPS anterior

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo: EF, EN, M Condición: EP, NP	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 1950.405			
18. Residencia Dirección: SAN PEDRO Municipio/Distrito Zona: Urbana ☒ Rural ☐ Teléfono Fijo: Teléfono Celular: Correo Electrónico: emmianoribonlimentar202@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: Segundo nombre:			
20. Tipo de documento de Identidad	21. N° del documento de Identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento Dirección: D M A A A A A A
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: 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 A A 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 Monina cordoba alimentaria 9026	36. Tipo de documento de identificación NIT	37. Número del documento de identificación 902 023 386-0	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección: Planeta Rica Teléfono: 3105036486 Correo Electrónico: emmianoribonlimentar202@gmail.com Municipio/Distrito: Montaña 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

Primer apellido	Segundo apellido	Sexo	Fecha de nacimiento
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	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

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