

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.073.811.472

MORALES GARCES

APELLIDOS

SINDY LORENA

NOMBRES

Sindy Morales

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

SAN PELAYO
(CORDOBA)

17-FEB-1987

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

O+

F

ESTATURA

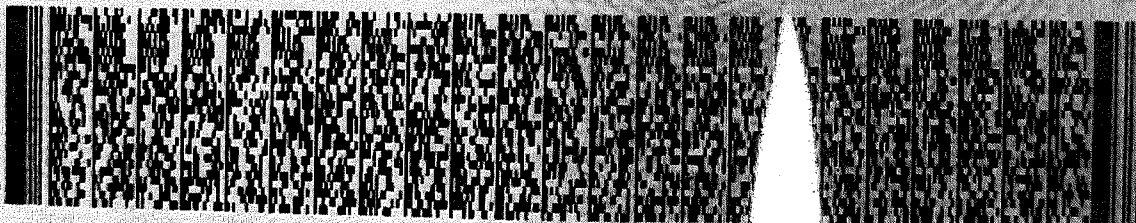
G.S. RH

SEXO

27-JUL-2005 SAN PELAYO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1305500-00946140-F-1073811472-20171012

00

799A 1

48947015

NACIONAL DEL ESTA

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 Morales Garces		Sindy Lorena					
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
7. Tipo de documento de identidad	8. N° del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado Civil	EPS anterior		
00	1073 811 472	Femenino ☒ Masculino ☐	14/02/1987				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	Tipo	Condición	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL				16. Administradora de pensiones	17. Ingreso base de cotizante - IBC
AXA Colpatria					11950.405
18. Residencia:					
Dirección		Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico	
SAN PEABO				consorciocordobaalimenti2026@gmail.com	
Zona	Urbana	Rural	Localidad / Comuna	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		23. Fecha de nacimiento		Dirección	
				Femenino ☐ Masculino ☐		D D M M A A A A			
Municipio/Distrito		Zona Urbana		Departamento		Código IPS (a registrar por la EPS)		Teléfono fijo	
		Rural						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		28. Fecha de Nacimiento			
				Femenino ☐ Masculino ☐					
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos Complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad (Marque con una X)		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)			
				Tipo Condición					
				E N M T P					
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									
32. Datos de residencia		Zona		Municipio / Distrito		Departamento		Teléfono Fijo	
		U R							
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)	

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		36. Tipo de documento de identificación		37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
CONSORCIO CORDOBA ALIMENTU 2026		NIT		902 029 336-0			
39. Ubicación		Dirección		Teléfono		Correo Electrónico	
KM3 VIA PLANETA RICA		3105036486		consorciocordobaalimenti2026		Montería 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

42. Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

Sexo

Fecha de nacimiento

42. Fecha

43. EPS Anterior

44. Motivo de Traslado

45. Copia 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 oficina

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 oficina.

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

71. Firma del Funcionario

OBSERVACIONES:

Fecha de Afiliación 19/01/2020

Recuerda 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