

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.003.261.428

BENAVIDES FLOREZ

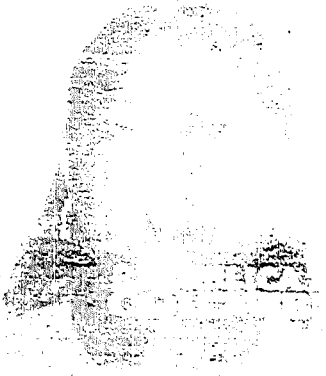
APELLIDOS

YULI PAOLA

NOMBRES

Yuli Benavides

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-FEB-2001

CHINU
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54

ESTATURA

O+

G.S. PH

F

SEXO

22-FEB-2019 CHINU

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA VALLA



P-1301900-01076016-F-1003261428-20190522

0065473366A 1

7705361264

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 BENVIDES FLORES YOLI PAOLA					
7. Tipo de documento de Identidad CC		8. N° del documento de Identidad 1003261428		9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	
10. Fecha de nacimiento 07/02/2001		Estado Civil		EPS anterior	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo: F ☐ N ☐ M ☐ Condición: E ☐ 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 1750.405			
18. Residencia Dirección: Ching		Teléfono Fijo		Teléfono Celular		Correo Electrónico pavancorobalmentes202@gmail.com	
Municipio/Distrito		Zona Urbana ☐ Rural ☒		Localidad / Comuna		Cordoba	

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	
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															
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				B6				B7				B8			

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		B6		B7		B8	
32. Datos de residencia		Zona Urbana ☐ Rural ☐		Municipio/Distrito		Departamento	
B1		B2		B3		B4	
B5		B6		B7		B8	

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	
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 Aliventa		36. Tipo de documento de identificación MIT		37. Número del documento de identificación 902029336		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación 443 via PLANETARIA		Dirección		Teléfono		Correo Electrónico	
Municipio/Distrito		Localidad / Comuna		Departamento		Cordoba	

VIGILADO SuperSalud

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación de los datos básicos de identificación.	☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.	☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 3. Actualización del documento de identidad.	☒ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☒ B. Régimen Subsidiado
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código	☐ 15. Reporte de fallecimiento.
☐ 6. Reinscripción en la EPS.	☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.
☐ 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.	

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		Fecha de nacimiento		42. Fecha	
				Femenino ☐ Masculino ☒				D D M M A A / A A A A	
								D D M M A A / 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. Apéxose copia del documento de identidad:

Cantidad:	CN	TI	PA	CD	Total
	RC	CC	CE	SC	

57. Copia del dictámen 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			
								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 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.