REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.262.209

DELGADO BASTIDAS

APELLIDOS

MARCO AURELIO

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 04-NOV-1954

IMUES
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

03-MAY-1977 IMUES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2300400-00152940-M-0005262209-20090319 0010394920A 1 21644472

Powered by CamScanner

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901776231
Número Afiliación:	9022590
Razón social:	CONSORCIO OBRAS CONSACA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	5262209
Nombre:	MARCO AURELIO DELGADO BASTIDAS
Fecha Ingreso:	07/08/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	06/08/2024 10:39:46 a. m.

Powered by CamScanner

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1A. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código único nacional para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE — Leer detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN: X — B. REPORTE DE NOVEDADES:
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual: — N. Cotizante o cabeza de familia: — N. Beneficiario o afiliado adicional: — B. Colectivo: — C. Institucional: — D. De oficio:
3. RÉGIMEN: C. Contributivo: — S. Subsidiado:
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante: — CF Cabeza de Familia: — BE Beneficiario:
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente: — B. Independiente: — C. Pensionado: — CÓDIGO: — FECHA DE LA SOLICITUD:

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: Delgado	SEGUNDO APELLIDO: Bastidas	PRIMER NOMBRE: Maico	SEGUNDO NOMBRE: Aurelio

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
TI: — CC: Y — CE: — PA: — RC: — AS: — MS:	5 262 209	M: X — F:	DÍA: 04 — MES: 11 — AÑO: 1951

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. GRUPO ÉTNICO	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Código: — Etnia:	Tipo: — Condición:			

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA: U. — R. X	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
Asa Colpatria	1'300.000			Bombona	Alto

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
Cobaca	Nariño	3103972131			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

18. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

19. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	20. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. SEXO	22. FECHA NACIMIENTO	CÓDIGO IPS
			DÍA — MES — AÑO	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD: Tipo	Condición
1									
2									
3									
4									

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud IPS	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1									
2									
3									
4									

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 documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Consorcio Obra Cobaca	NIT: X	901776231	3	

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN			TELÉFONO FIJO	CORREO ELECTRÓNICO
Bombona	Cobaca	Nariño	3188050261	CCI007@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA: 07 — MES: 08 — AÑO: 2024	Oficial	1'300.000.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
4. ACTUALIZACIÓN Y/O 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 A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. MOVILIDAD — A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO — B) AL 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 PREPENSIONADO
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO	42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR Código	44. MOTIVO DE TRASLADO Código	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
			DÍA — MES — AÑO				

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

48. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Señor(a,s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaro bajo las sanciones de ley, que no fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
49. Declaración de no intermediación 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 a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS pueda usar 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. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Maico Delgado	Rolando Romero.

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: NV — RC — TI — CC — PA — CE — CD — SC — Cantidad: — 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 o 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 otorgada 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

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	DÍA — MES — AÑO	DÍA — MES — AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación		
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

MARCO AURELIO DELGADO BASTIDAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **5.262.209**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 6 de Agosto del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Powered by CamScanner