

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 <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades	2 Tipo de Afiliación A. Individual Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio	3 Págmten A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Substituto
4 Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	5 Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente C. Pensionado	Código de afiliación

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres CARO Primer apellido		MADERA Segundo apellido		ALUIS Primer nombre		MANUEL Segundo nombre	
7. Tipo de documento de identidad C.C	8. N° del documento de identidad 7 384 603	9. Sexo Femenino Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 12 03 1981	Estado Civil Unión Libre	EPS anterior		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo E N M Condición T P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Positiva	16. Administradora de pensiones Colpensiones	17. Ingreso base de cotizante - IBC 1.000.000	
18. Residencia Arrendada	19. Dirección C11 45 # 46-7	20. Teléfono Fijo 3159233104	21. Correo Electrónico
22. Municipio/Distrito Cerec	23. Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural	24. Localidad / Comuna Venus	25. Departamento 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)

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			

Datos Complementarios

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	35. Tipo de afiliación e pago (a registrar por la EPS)
C	
R	
P	
R	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

36. Nombre e razón social Soluciones de Ingeniería y Obras S.A.S	37. Tipo de documento de identificación NIT	38. Número del documento de identificación 900584006-4	39. Tipo de aportante e pago (a registrar por la EPS)
40. Ubicación CRA 11 #7-05	41. Teléfono 300240	42. Correo Electrónico nomadas.cortabildad@gnmail.com	43. Municipio/Departamento Cerec Cordoba

900584006

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2

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	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
42. Fecha	17	07	20	20	20
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 beneficiarios.
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

Alvis Caro Madera

54. El cotizante, cabeza de la familia o beneficiario

Rafel Aniceta Olano

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 ☐ Total ☐

RC ☐ CC ☒ CL ☐ 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. 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

56. Identificación de la Entidad Territorial	57. Datos del SISBEN	58. Fecha de Radicación
Código del Municipio	Número de Ficha	59. Fecha de Validación
	Puntaje	
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:

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **7.384.603**

CARO MADERA

APELLIDOS

ALVIS MANUEL

NOMBRES

Alvis Ml Caro Madera

FIRMA



1



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-MAR-1981**

SAN PELAYO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

02-MAR-2001 SAN PELAYO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

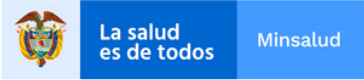
Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1305500-00216692 M-0007384603-20100221

0021117232A 1

30510243



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	7384603
NOMBRES	ALVIS MANUEL
APELLIDOS	CARO MADERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CORDOBA
MUNICIPIO	SAN PELAYO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO	SUBSIDIADO	01/07/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/22/2020 17:04:21	Estación de origen:	186.169.145.108
---------------------	---------------------	---------------------	-----------------

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

FORMATO DE DECLARACIÓN DE SALUD PARA AFILIADOS

PROCEDIMIENTO PARA LA AFILIACIÓN E INSCRIPCIÓN

Código: GAI-FR-07

Versión: 03

Fecha: junio 2019

NIT 890.102.044-1

FORMULARIO DE AFILIACIÓN N° _____

MUNICIPIO CERETE DEPARTAMENTO CORDOBA. FECHA 17/07/2020
 DIRECCIÓN Cll 15 #16-7 BARRIO VENUS TELÉFONO 3002720234
 EVENTO PÚBLICO ☐ VISITA PERSONALIZADA ☒

AFILIADO	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	N° DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	ETNIA
C	<u>ALUIS MANUEL CARO MADERA</u>	<u>CC</u>	<u>7.384.603</u>	<u>39</u>	<u>N.A</u>
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					
B6					
B7					

ITEM	PREGUNTA	C	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7
1	Siempre o ha sufrido de Hipertensión, Diabetes, Infarto, Trastorno, Enfermedad Renal Crónica o Problemas Cardíacos	N							
2	Ha tenido o tiene Cáncer (seno, matriz, próstata, gástrico, leucemias, otros)	N							
3	Algún familiar presenta o ha presentado Cáncer de Seno, Cuello Uterino, Colon	N							
4	Ha tenido alguna enfermedad relacionada con su Trabajo u Ocupación	N							
5	Padece algún tipo de discapacidad (física, mental, sordera, ceguera)	N							
6	Ha sufrido de: Epilepsia, Pérdida de Conocimiento, Convulsiones	N							
7	Presenta problemas visuales (Astigmatismo, Catarata, Hipermetropía, Miopía, Presbicia o ha sido operado de los ojos)	N							
8	Sufre de enfermedades mentales (Depresión, Ansiedad, Esquizofrenia, etc)	N							
9	Presenta o ha presentado enfermedades respiratorias: Asma, Bronquitis, Enfisema, EPOC, Neumonía, uso de inhaladores o Tuberculosis	N							
10	Sabe si tiene alguna infección de transmisión sexual (Sífilis, Gonorrea, Chancro, Condilomas, Verrugas Genitales)	N							
11	Sabe si está infectado por el virus del VIH o tiene SIDA	N							
12	Presenta delgadez, sobrepeso u obesidad	N							
13	Ha sufrido de Hepatitis (A, B, C)	N							
14	Sabe si sufre o ha sufrido de problemas de coagulación de la sangre, hemofilia, sangrados permanentes o ha recibido factores de coagulación	N							
15	Sufre o ha sufrido de Artritis, Gota o Fiebre Reumatoidea	N							
16	Ha recibido o sabe si requiere reemplazo articular de cadera, rodilla u otro	N							
17	Ha recibido o sabe si requiere trasplante de órganos (córnea, corazón, hígado, riñón, médula)	N							
18	Si está embarazada asiste a control de embarazo	N.A							
19	Ha sido víctima de violencia física, psicológica o sexual	N							
20	Fuma o ha fumado durante los últimos 12 meses	N							
21	Consumo bebidas alcohólicas regularmente	S							
22	Consumo o ha consumido sustancias psicoactivas (marihuana, cocaína, perico, éxtasis, anfetaminas, otras)	N							

Aluis y Caro Madera
Firma del Usuario

Angelo Coyallo M
Nombres y Apellidos de la persona que diligencia

N° de identificación del usuario: 7.384.603

Aux. Contable.
Cargo de la persona que diligencia el cuestionario

