	UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA **UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD**	**CÓDIGO:** **FUAES-014** **VERSIÓN: 02** **EMISIÓN:** **8/11/2022** **PÁGINA:** **1 de 1**
	FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS BASICOS DE USUARIOS UAES	

Apreciado(a) Afiliado(a):
Mantener sus datos actualizados, le permite recibir información clara y oportuna, adicionalmente nos permite a nosotros mejorar nuestros procesos. Recuerde que, por disposición de la Superintendencia Nacional de Salud de Colombia, es deber de todos nuestros usuarios actualizar sus datos personales por lo menos una vez al año. Por lo tanto, lo invitamos a diligenciar el formato adjunto disponible en las instalaciones de la UAES, como en nuestra página WEB www.unicordoba.edu.co,haciendo clic en : Dependencias – Unidad de Salud-Pestaña actualización de datos y entregarlo en la oficina del SIAU de la Unidad Administrativa Especial de Salud o remitirlo al email: siauuaes@correo.unicordoba.edu.co, afiliacionesuaes@correo.unicordoba.edu.co. Si lo prefiere, también puede actualizar sus datos en nuestro Celular No. 311 431 3307.

DATOS BASICOS DEL AFILIADO

Tipo de Afiliado: B. Beneficiario; ____ D. Docente: 007 ____ 1279 ____ **A. Cotizante: ____ C. Emp. Publico: ____ G. Pensionado ____**		**Sexo: F : ____** **M : ____**	**Fecha de Actualización** **Año: Mes: Día:**
Tipo de Identificación: **CC ___ CE ___ TI___ RC ___**	**Número de Identificación/NUIP:**	**Etnia:** **Ocupación:**	**Nivel Educativo:**
Primer Apellido:	**Segundo Apellido:**	**Primer Nombre:**	**Segundo Nombre:**
Fecha de Nacimiento: DD MM AAAA	**Ciudad de Nacimiento**	**Departamento de Nacimiento**	**Nacionalidad**
Dirección Residencia:	**Departamento Residencia:**	**Ciudad Residencia:**	**Teléfono Residencia**
Dirección de Trabajo:	**Departamento Trabajo:**	**Ciudad Trabajo:**	**Teléfono Trabajo:**
Correo Electrónico:		**Teléfono Celular:**	

DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del conyugue o compañero(a) permanente.

Primer Apellido	**Segundo Apellido**	**Primer Nombre**	**Segundo Nombre**	**Tipo de doc.**	**No. Doc. Identidad**

Sexo Femenino ___ **Masculino ___**	**Fecha de nacimiento** DD MM AAAA	**Dirección Residencia**	**Nivel Educativo**	
Municipio/Distrito	**Departamento**	**Teléfono Fijo- Celular**	**Etnia**	**Ocupación**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y AFILIADOS ADICIONALES

Primer Apellido	**Segundo Apellido**	**Primer Nombre**	**Segundo Nombre**	**Etnia**

Tipo de Doc.	**No. de Doc. Identidad**	**Sexo**	**Fecha de Nacimiento**	**Nivel Educativo**	**Ocupación**

Parentesco	**Dirección Residencia**	**Municipio**	**Departamento**	**Teléfono Fijo**	**Celular**

Firma del Afiliado: _____