

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.010.034.688

MENEZ MERCADO

LLIDOS

BEATRIZ ELENA

MBRES

Beatriz Jimenez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
SAN PELAYO
(CORDOBA)

23-NOV-1979

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

O+

F

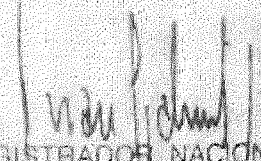
ESTATURA

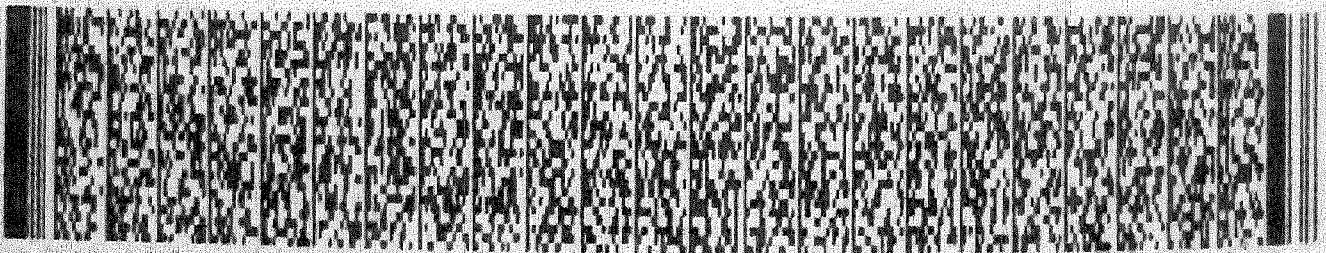
G.S. RH

SEXO

09-SEP-2005 SAN PELAYO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VAZQUEZ



P-1305500-38143583-F-1010034688-20071118

05798073218 02 186908024

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación ☒	B. Reporte de Novedades ☐	A. Individual: ☐	Colizante o Cabeza de Familia Beneficiario o afiliado adicional ☒	A. Contributivo ☒	B. Subsidiado: ☐
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante			
A. Colizante ☒	B. Cabeza de Familia ☐	C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒	B. Independiente ☐	C. Pensionado ☐
					Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y Nombres									
JIMENEZ			MEICA DO		BEATRIZ			ELENA	
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	
CC		1010034688		Femenino ☒ Masculino ☐		23/11/1979		EPS anterior	
						D B M A A A A			

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	Tipo		Condición	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	
18. Residencia	1756.905					
Dirección	Teléfono Fijo		Teléfono Celular		Correo Electrónico	
SAN PEABO Municipio/Distrito	Zona	Urbana ☐	Rural ☒	Localidad / Comuna		Correo electrónico: corraicordoba@gmail.com Córdoba

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 ☐		<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table>			D	D	M	M	A	A	A	A				
D	D	M	M	A	A	A	A													
Municipio/Distrito		Zona Urbana ☐ Rural ☐ Urbana ☐		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
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		Celular	
B1				U	R								
B2				U	R								
B3				U	R								
B4				U	R								
B5				U	R								

Selección de la IPS Primaria

C		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B		
B		
B		

7. 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 alimento 2026		36. Tipo de documento de identificación NIT		37. Número del documento de identificación 902 023 336-0		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (d registrar por la EPS)	
39. Ubicación KM3 VIA PLANETA RICA Dirección		3105036486 Teléfono		consorcio cordoba alimento 2026 Correo Electrónico @comil.com		Montería Municipio/Distrito	
						Cordoba Departamento	

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

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

Sexo: Femenino Masculino

Fecha de nacimiento

42. Fecha

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 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 oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial

Código del departamento

67. Datos del SISBEN

Número de Ficha

Puntaje

Nivel

68. Fecha de Radicación

70. Nombre del funcionario que realiza la validación

69. Fecha de 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 VALIDACIÓN 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