

cajacopi
eps

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

No. de Radicación	Fecha de Radicación						
	D	D	M	M	A	A	A

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 (se ingresa por la ven)

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

6. Apellidos y Nombres									
Villadiego		Paredes		Amelia		Sadith			
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		26040553		Femenino ☒ Masculino ☐		10/10/1982		Soltera	
								EPS anterior	

Datos personales

1. Etinia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ART	16. Administradora de penales	17. Ingreso base de cotizando - IDC	
18. Residencia			
Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
		3102583087	caranaletecordoba@gmail.com
Caranalete Municipio/Distrito	Zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / Comuna Cordoba Unicordoba	

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

18. 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	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

34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
9		
8		

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 de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio cordoba alimenta 2026	NIT	902 023 336-0	
39. Ubicación	40. Datos de contacto	41. Ciudad	42. Departamento
FM 3 vía planeta Rica	3105036486 Teléfono	Montería	Córdoba
Dirección	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
	gmail.com		

VIGILANCE
2010-2011

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

X

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 protocolación 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

Femenino

Masculino

Fecha de nacimiento

42. Fecha

43. EPS Anterior

44. Motivo de Traslado

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

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

Amelia Villadiego Paredes

ALVARO SALGADO

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. 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 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 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26040557

VILLADIEGO PAREDES
APELLIDOS

AMELIA SADITH
NOMBRES

Amelia Paredes

FIRMA



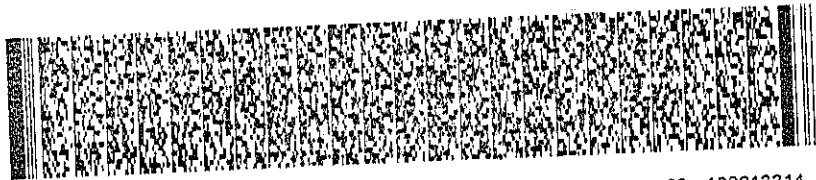
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1982
CANALETE
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

02-FEB-2001 PLANETA RICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1302800-38093481-F-0026040557-20010920

0442801261A 02 109813314