

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.066.180.153

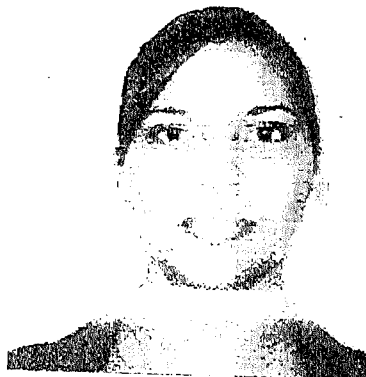
ALVAREZ VASQUEZ

APELLIDOS

LINA MARCELA

NOMBRES

Lina Alvarez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

26-MAR-1990

CHINU
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

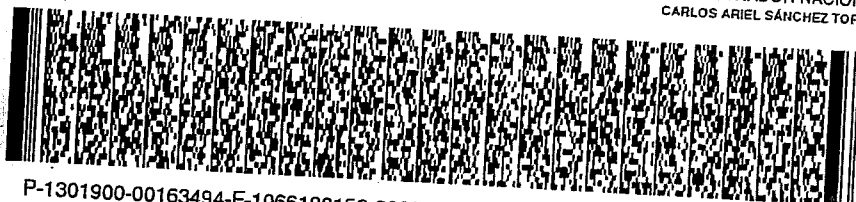
1.69
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

12-MAR-2009 CHINU
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1301900-00163494-F-1066180153-20090718

0013653215A 1

28075577

Página 1

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

(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 : ☒ Beneficiario o afiliado adicional ☐	Cotizante o Cabeza de Familia ☒	A. Contributivo ☒	B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante ☒	B. Cabeza de Familia ☐	C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒	B. Independiente ☐	C. Pensionado ☐

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

6. Apellidos y Nombres			
ANAREZ	JASQUES	LINA	MARCELA
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
7. Tipo de documento de Identidad			
CC	8. N° del documento de Identidad		
	1066.180153		
9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
Femenino ☒	Masculino ☐	26/03/1990	
		Estado Civil	
		EPS anterior	

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	Tipo		Condición		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
		☒ P	☒ N	☒ M	☒ T	☒ P	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Axa Colpatria				16. Administradora de pensiones		17. Ingreso base de cotizante - IBC 1159903	
18. Residencia							
Dirección		Teléfono Fijo		Teléfono Celular		Correo Electrónico	
CHINO Municipio/Distrito		Zona Urbana ☐ Rural ☒		Localidad / Comuna		Cordoba Departamento	
Correo electrónico: corradocordoba@gmail.com							

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 ☐		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					

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		
B		
B		

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 CONTRUCCION CARDOBA ALIMENTA		36. Tipo de documento de identificación NIT		37. Número del documento de identificación 9002023336-0		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación KM3 VIA PLANETA PITA		Dirección 3105036486		Teléfono CONTRUCCION CARDOBA ALIMENTA 20266		Correo Electrónico gmailcom	
Municipio/Distrito Montaña		Departamento Cordoba					

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													
Primera apellido		Segunda apellido		Primera nombre		Segunda nombre							
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		Sexo		Femenino		Masculino		Fecha de nacimiento		42. Fecha	
												D D M M A A A A	
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 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 DE 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