

CEDULA DE
CIUDADANIA

NOIP 50.959.358

ARROYO ARROYO

MAGALIS ISABEL



País de nacimiento COL
Fecha de nacimiento 13 FEB 1973
Lugar de nacimiento CHINU (CORDOBA)

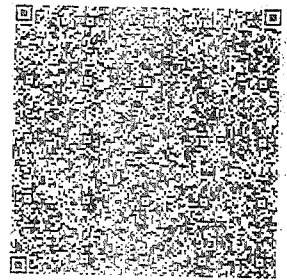
Fecha de expedición 11 NOV 1993, CHINU

Firma

magalis Arroyo Arroyo

Fecha de caducidad 10 NOV 2035

083601453



REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Perdomo Giraldo

ICCOL083601453613019<<<<<<<<<<
7302138F3511107COL50959358<<<<6
ARROYO<ARROYO<<MAGALIS<ISABEL<

cajacopi
eps

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

No. de Radicación	Fecha de Radicación							
	D	D	M	M	A	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 (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres			
ARROYO	ARROYO	MAGALIS	ISABEL
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
7. Tipo de documento de Identidad		8. N° del documento de Identidad	9. Sexo
CC		50959 358	Femenino ☒ Masculino ☐
10. Fecha de nacimiento		Estado Civil	
13/02/1973		EPS anterior	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de pensiones	17. Ingreso base de cotizante - IBC	
18. Residencia			
Dirección		Teléfono Fijo	Teléfono Celular
Correo Electrónico			
CHINU Municipio/Distrito	Zona Urbana Rural ☒	Localidad / Comuna	

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		23. Fecha de nacimiento		Dirección					
				Femenino Masculino		D 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

[illegible]

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			
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 Consorcio Córdoba Alimentaria		36. Tipo de documento de identificación NIT		37. Número del documento de identificación 902023336-0		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación KM 3 VIA PLANETA PICA Dirección		3105036486 Teléfono		ConsorcioCordobaAlimentaria2026 Correo Electrónico		Montería Municipio/Ciudad	
						Córdoba 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		Sexo		Primer nombre		Segundo nombre																									
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		Femenino ☐		Masculino ☐		Fecha de nacimiento		<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><td>A</td><td>A</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>3</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table>				D	D	M	M	A	A	A	A	A	A	0	0	1	3	M	A	A	A	A	A
D	D	M	M	A	A	A	A	A	A																								
0	0	1	3	M	A	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 27/01/2026

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