

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

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 IRE)		

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

8. Apellidos y Nombres				
paternina		Manchego		Berledis Johanna
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 EPS anterior
CC	1066573002	Femenino ☒ Masculino ☐	08/06/1991	

Datos personales

11. Etnia	12. Ocupación	13. Puntaje SISEN	14. Grupo de población especial
	15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL AXA Colpatria	16. Administradora de pensiones Colpensiones	17. Ingreso base de cotizante - IGC 1750.905
18. Residencia			
Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico consuecandolima2026@gmail.com
Montelíbano Municipio/Pueblo	Zona Urbana ☐ Rural ☒	Localidad / Comuna Córdoba Departamento	

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 Femenino Masculino		23. Fecha de nacimiento						Dirección
						D	M	M	A	A	A	
Municipio/Distrito		Zona Urbana Rural Urbana		Departamento		Codigo IPS (a registrar por la EPS)				Teléfono fijo		Celular

24. Apellidos y nombres

24. Apellidos y nombres							
Primer apellido		Segunda 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								D	D	D	-	-	A	A	A	A
B2								D	D	D	-	-	A	A	A	A
B3								D	D	D	-	-	A	A	A	A
B4								D	D	D	-	-	A	A	A	A
B5								D	D	D	-	-	A	A	A	A

29. Parentesco

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								

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

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

35. Nombre o razón social

36. Nombre o razón social Consorcio cordoba alimentaria 2026	36. Tipo de documento de identificación NIT	37. Número del documento de identificación 902 02 236-0	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación KM 3 VIA Planeta Rica Dirección	3105036486 Teléfono	consorciodordobaalimentaria2026@gmail.com 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

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 genera 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

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

67. Datos del SISBEN

68. Fecha de Radicación

Código del Municipio

Código del departamento

Número de Ficha

Puntaje

Nivel

69. Fecha de Validación

70. Nombre del Funcionario que realiza la validación

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

内閣府

**FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION**

03-JUN-1981

F

5500

PERMISSION TO COPY
THIS BOOK IS GRANTED BY THE
PUBLISHERS



FBI LABORATORY - BOSTON

000118 12554 1

11

