

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de EPS delagente
Formulario No. 2140460355418
Fecha de radicación 06/06/2024

EPS012

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite		Tipo de afiliación:		Regimen	
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		A. Individual - Cotizante o Cabeza de familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐		A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
Tipo de afiliado:		Tipo de Cotizante		Código	
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐		A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		registrar por la EPS <input type="text" value="59"/>	

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RODRIGUEZ	CAMAYO	DEIBY	JOHAN
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
CC	1143848378	Femenino ☐ Masculino ☒	05/06/1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Discapacidad	Condición	Puntaje SISBEN	Grupo de población especial
06 - Otros	Ninguna		0,00	05 - Población Sisbenizada
Administradora de Riesgos Laborales		Administradora de Pensiones		Ingreso base de cotización IBC
14-23: Positiva Compania De Seguros S.A.		230301: Fondo de Pensiones y Cesantías Porvenir		\$ 1.300.000
Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante	
CL 12 OESTE 39 51		3104012307	DEIBYJ09@HOTMAIL.COM	
Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	
CALI	Urbana ☒ Rural ☐	18441 - MONTEBELLO	VALLE DEL CAUCA	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	CLINICA NUEVA DE CALI S.A.S IPS CLINICA NUEVA DE CALI - CALLE 5 # 6 - 63 TORRE A	Sede: 2029

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
Aportante migración prestaciones	CC1143848378	
Dirección	Teléfono	Correo electrónico
CL 12 OESTE 39 51		DEIBYJ09@HOTMAIL.COM
Municipio/Distrito	Departamento	
CALI	VALLE DEL CAUCA	

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad	
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.	☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.	☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 3. Actualización del documento de identidad.	☒ 13. Movilidad: ☒ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: <input type="text"/>	☐ 15. Reporte de fallecimiento.
☒ 6. Reinscripción en la EPS.	☐ 16. Reporte de trámite de protección al cesante.
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.
☒ 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.	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo	Fecha de nacimiento

A CONTINUACION SE PRESENTAN UNAS BREVES PREGUNTAS PARA CERTIFICAR LA INFORMACION PROPORCIONADA POR EPS DELAGENTE EN EL MOMENTO DE SU AFILIACION, FAVOR MARCAR CON UNA "X" EN SI O NO, SEGÚN SEA EL CASO:

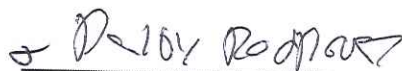
	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion, la EPS le hizo entrega de La Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?		X
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?		X
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?		X

CC1143848378 DEIBY JOHAN RODRIGUEZ CAMAYO

En constancia se firma a los 6 del mes de jun. de 2024

Nombre y documento de identidad del afiliado que certifica:

CC1143848378 DEIBY JOHAN RODRIGUEZ CAMAYO



FIRMA AFILIADO

Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento y suscripción de este formato se efectuará por la persona a quien el ruego, lo cual deberá ser ratificado por el afiliado a través de su huella.

FIRMA A RUEGO

Nombres y apellidos:

Documento de identidad:

Edad:

Domicilio (Dirección y ciudad):



HUELLA AFILIADO

EPS delagente
NIT:890.303.093-5
HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) DEIBY JOHAN RODRIGUEZ CAMAYO identificado(a) con CC 1143848378, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de EPS delagente por Aportante migracion prestaciones CC 1143848378 en calidad de Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
06/jun./2024	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 06 días del mes de jun. de 2024.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del Interesado

Información sujeta a verificación por parte de EPS delagente, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea - Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

Coordinador de Afiliación y Movilidad
BDUA