FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS delagente

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de EPS delagente
Formulario No. 2200423355418
Fecha de radicación 20/11/2024

EPS012

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Tramite	Tipo de afiliacion	Regimen
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual -Cotizante o Cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]

Tipo de afiliado	Tipo de Cotizante	Codigo
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [ ] B.Independiente [X] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS 59

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
LEUDO	MINOTA	ALBA	NELLY
Tipo de documento de identidad	**Numero de documento de identidad**	**Sexo**	**Fecha de nacimiento**
CC	31892382	Femenino X Masculino	29/03/1962

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 cotizacion IBC
14-23: Positiva Compania De Seguros S.A.	25-14: Colpensiones	$ 1.300.000

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
KR 26 H 54 55		3165026939	ANLLY.875@HOTMAIL.COM

Municipio/Distrito	Zona				Localidad/Comuna	Departamento
CALI	Urbana	X	Rural		0000 - DESCONOCIDO	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	SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD SAS - KR 8 # 52-164	Sede: 13010

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

Nombre o Razon social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
ALBA NELLY LEUDO MINOTA	CC31892382	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
KR 26 H 54 55		ANLLY.875@HOTMAIL.COM	CALI	VALLE DEL CAUCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

- [ ] 1. Modificación de 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: [X] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte de trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS delagente

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de EPS delagente
Formulario No. 2200423355418
Fecha de radicación 20/11/2024

EPS012

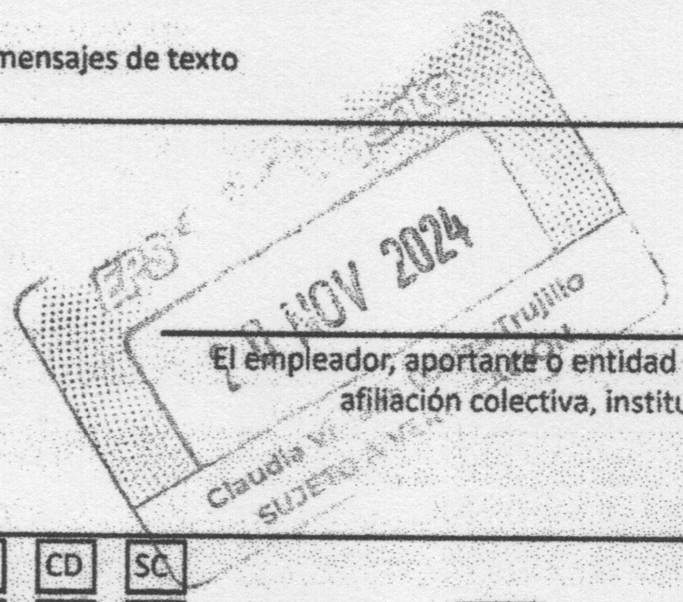
Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
20/11/2024			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [X] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 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
- [X] Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

Abe Vellyleo R O M.
El cotizante, cabeza de familia o beneficiario



El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
[X] 56. Anexo copia de documento de identidad									
Cantidad:	[ ]	[ ]	[ ]	1	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	1

- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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 date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio
- [ ] *Copia del dictamen de discapacidad emitido por la autoridad competente*
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBEN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBEN	Fecha radicación	Fecha validacion

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones
Observaciones:
Empresa:CLAUDIA VIVIANA LOAIZA TRUJILLO, Asesor:Claudia Viviana Loaiza Trujillo, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:cvloaizat@epsdelagente.com.co
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de EPS delagente e ingresando el código: AE239583-62C9-46B2-B
Url: https://portal.epsdelagente.com.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx