

9011286150
9011286150

28133325

02 08 2024

I. DATOS DEL TRÁMITE

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: Colizante o cabeza de Familia Beneficiario o afiliado adicional	3. Régimen A. Contributivo B. Subsidado	4. Tipo de afiliado A. Colizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario	5. Tipo de cotizante A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado
--	--	---	--	---

Código (a registrar por la EPS)
3

6. Apellidos y nombres PRIMER APELLIDO PORTELA SEGUNDO APELLIDO RODRIGUEZ PRIMER NOMBRE BRIAN SEGUNDO NOMBRE	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 1006130685	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento D 19 D M 11 M A 1999 A
---	---	--	--	---

11. Etnia Tipo ☐ Condición ☐	12. Discapacidad Tipo ☐ Condición ☐	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial 20	15. Administradora de riesgos laborales - ARL NINGUNA	16. Administradora de pensiones
---	--	--------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------

17. Ingreso base de cotización - IBC \$1.500.000	18. Residencia Dirección Municipio / Distrito Zona Urbana ☐ Rural ☐	19. Apellidos y nombres PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE
---	--	---

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
------------------------------------	---------------------------------------	--	--

24. Apellidos y nombres PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
---	------------------------------------	---------------------------------------	--	--

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo ☐ Condición ☐	32. Datos de residencia Municipio / Distrito Zona Urbana ☐ Rural ☐	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
----------------	-----------	--	--	---

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	35. Nombre a razón social PORTELA RODRIGUEZ BRIAN	36. Tipo de documento de identificación CC	37. Número del documento de identificación 1006130685	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
---	--	---	--	---

39. Tipo de 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 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 Subsidado 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
--

40. Tipo de documento de identidad	41. Número del documento de identidad	42. Fecha de novedad 02 08 2024
------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
------------------	----------------------------------	--

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o 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 beneficiarios.
--	---	--

49. 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.	50. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	51. 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.
--	---	---

52. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

53. Anexo copia del documento de identidad: CN AC TI CC PA GE CS SC	54. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	55. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
---	---	---

56. 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.	57. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	58. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
--	--	---

59. Copia del 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.	60. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	61. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
--	--	--

62. 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.

63. Identificación de la entidad Territorial Código del municipio Código del departamento	64. Datos del SISBÉN Número de la ficha Puntaje Nivel	65. Fecha de radicación D D M M A A A A	66. Fecha de validación D D M M A A A A
---	--	--	--

67. Datos del funcionario que realiza la validación
