

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS)	

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

6. Apellidos y nombres Primer apellido: Ochoa Segundo apellido: Arque Primer nombre: Bryan Segundo nombre: Alexis	
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1040749389
9. Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	
10. Fecha de nacimiento: 11/02/1995	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición: <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC: 781242	
18. Residencia: Dirección: Cx 58 F 55 16 Teléfono fijo: 3002994275 Teléfono celular: Correo electrónico: Antioquid Municipio/Distrito: Itagüí Zona: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/> Localidad/Comuna: Departamento: Antioquia			

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. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Femenino	Masculino
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Femenino	Masculino		
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios

29. Parientes	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T S
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

32. Datos de residencia Municipio/Distrito: Zona: Urbana Rural Departamento: Teléfono Fijo y/o celular:	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS: Itagüí	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
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: AOXLAB SAS	36. Tipo de documento de identificación: NT	37. Número de documento de identificación: 900567821	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): 1
39. Ubicación: Dirección: 12398082 Correo electrónico: Medellan Municipio: Bomb Departamento: Bomb			
41. Datos básicos de identificación: Primer apellido: Segundo apellido: Fecha de nacimiento: Primer nombre: Segundo nombre:		42. Fecha: 08/05/2018	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado: Código: 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

48. 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.
49. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional 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 a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades que lo 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 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: CN RC TI CC PA CE CD SC 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 o 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.

RECIBADO PARA ESTUDIO EPS REGIONAL ANTIQUIA AGENTE COMERCIAL GABRIEL JAIME ORLAS CANO C.C. 71212244 08 MAY 2018