

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**



No. de Radicación

Fecha de Radicación

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

I. DATOS DEL TRÁMITE (A diligenciar por la EPS)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
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. Subsidio	A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	

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

7. Tipo de documento de identidad	8. Sexo Biológico	9. Sexo Identificación	10. Sexo Identificación
Femenino	Masculino	F	M
T	NB	T	Otro
Cuál			
15. Fecha de nacimiento			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Discapacidad	18. Puntaje SISBÉN	19. Grupo de población especial	20. Condición	21. Residencia	22. Teléfono fijo	23. Teléfono celular
					Zona Urbana	Rural	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Biológico	28. Sexo Identificación	29. Nacionalidad	30. País de nacimiento
B1		Femenino	Masculino		
B2					
B3					
B4					
B5					

31. Departamento de nacimiento 32. Municipio de nacimiento 33. Fecha de nacimiento

D D M M A A A A

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

34. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre						
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										
35. Tipo de documento	36. Número de documento	37. Sexo Biológico	38. Sexo Identificación	39. País de nacimiento	40. Nacionalidad	41. Municipio de nacimiento	42. Departamento de nacimiento	43. Fecha de nacimiento	44. Parentesco	45. Etnia
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										
46. Discapacidad	47. Datos de residencia	48. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)								
F N M T P	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular					
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

49. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.	
B	
B	
B	

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

51. Tipo de documento de identificación	52. Número del documento	53. Tipo de aporte o pagador
54. Ubicación		

B. REPORTE DE NOVEDADES

55. Tipo de Novedad	1. Modificación datos básicos de identificación	2. Corrección datos básicos de identificación	3. Actualización 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 Régimen Contributivo	14. Movilidad Régimen Subsidio	15. Traslado Mismo Régimen	16. Diferente Régimen	17. Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia	18. Reporte del trámite de protección al cesante	19. Reporte de la calidad del Pre-pensionado	20. Reporte de la calidad del Pensionado	21. Reporte de pago a través de un tercero	22. Inscripción EPS retorno al país	23. Ingreso a Contribución Solidaria	24. Retiro de Contribución Solidaria
---------------------	---	---	---	--	--	----------------------------	--	--	---	---	--	--	------------------------------------	--------------------------------	----------------------------	-----------------------	--	--	--	--	--	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

56. Datos básicos de identificación	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad	Número de documento	Sexo Biológico	Sexo Identificación	Fecha de nacimiento
B1		Femenino	Masculino	F M T NB Otro Cuál
B2				
B3				
B4				
B5				
58. EPS anterior	59. Motivo de traslado	60. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		
Código				

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

61. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.	62. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	63. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
64. Declaración de no interrupción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	65. 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.	
66. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	67. 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.	
68. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	69. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.	

VIII. FIRMAS

70. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	71. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio
Se acepta únicamente firma a mano escrita	

IX. ANEXOS

72. Anexo copia del documento de identidad: CN	□	Cant.	RC	□	Cant.	TI	□	Cant.	CC	□	Cant.	PA	□	Cant.	CE	□	Cant.	CD	□	Cant.	Sc	□	Cant.	Total
73. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	□	74. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.																						
75. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos o escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	□																							
76. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	□	77. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	□	78. 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.	□	79. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	□	80. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.																
81. 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.	□																							

82. Identificación de la entidad Territorial	83. Datos del SISBÉN	84. Fecha de radicación	85. Fecha de validación	
Código del municipio	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	
B1				
B2				
86. Datos del funcionario que realiza la validación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	OBSERVACIONES:		
B1				
B2				
87. Firma del funcionario				

FORO VITAL

Vigilado Supersubsidiado

**CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO
Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO**

	SI	NO
¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del afiliado (cotizante)

Se acepta únicamente firma a mano alzada

No. de identificación

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____
 lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____
 mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

FIRMA A RUEGO:

Se acepta únicamente firma a mano alzada

Nombres y apellidos: _____

Nombres y apellidos
de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca, autorizo a EPS delagente Comfenalco Valle, el tratamiento de mis datos personales (y/o los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad mental que represento) para que sean almacenados, usados, puestos en circulación, compartidos o suprimidos y que sean necesarios para el normal desarrollo de las actividades, procedimientos, intervenciones, programas y en general el servicio de salud prestado por EPS delagente Comfenalco Valle del cual seré usuario, tales como diligenciamiento y radicación de registros de afiliación, creación y diligenciamiento de historias clínicas, prácticas de procedimientos de salud, toma de exámenes diagnósticos, asignación de citas médicas, expedición de certificados e incapacidades, así como para las demás finalidades expresadas en la Política de Tratamiento de la Información que la corporación ha adoptado, la que contiene los mecanismos para el ejercicio de los derechos que le asisten a todo Titular de datos, se encuentra publicada en la página web www.epsdelagente.com.co y que declaro conocer. También declaro haber informado a los titulares pertenecientes a mi grupo familiar que usaré sus datos personales y que cuento con la autorización de los mismos, para las finalidades consignadas en la mencionada Política y declaro que he sido informado que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la corporación únicamente por medio del correo electrónico solicitudeseps@epsdelagente.com.co, líneas telefónicas 602 4853530 - 018000185462, diligenciando los formatos de los buzones de sugerencia y de manera presencial en las sedes de la organización, enviando comunicación escrita a la dirección Calle 5 No. 6-63 Torre C 1er piso en la ciudad de Santiago de Cali (Valle del Cauca) o cualquier punto de atención (IPS).

Así mismo se me ha advertido del carácter facultativo de la respuesta al tratarse de datos sensibles (imagen, datos de salud, datos biométricos, datos del menor de edad, origen étnico, género, condición de discapacidad, entre otros), a lo cual manifiesto igualmente mi autorización a EPS delagente Comfenalco Valle para su tratamiento.

Firma del afiliado (cotizante)

Se acepta únicamente firma a mano alzada

No. de identificación