

**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 Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	9. Sexo Identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="text"/>	10. Sexo Identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="text"/>
15. Fecha de nacimiento			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	18. Puntaje SISBÉN	19. Grupo de población especial	20. Residencia Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	21. Teléfono fijo	22. Teléfono celular
23. Residencia						

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 Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Sexo Identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="text"/>	29. Nacionalidad	30. País de nacimiento
31. Departamento de nacimiento	32. Municipio de nacimiento	33. Fecha de nacimiento	D D M M A 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 Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	47. Datos de residencia Municipio / Distrito Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	48. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)						
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

49. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS Cot.	Código (a registrar por la EPS)
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 <input type="checkbox"/> 2. Corrección datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 3. Actualización documento de identidad <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 13. Movilidad Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> 14. Movilidad Régimen Subsidio <input type="checkbox"/> 15. Traslado Mismo Régimen <input type="checkbox"/> 16. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 17. Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia <input type="checkbox"/> 18. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad del Pre-pensionado <input type="checkbox"/> 20. Reporte de la calidad del Pensionado <input type="checkbox"/> 21. Reporte de pago a través de un tercero <input type="checkbox"/> 22. Inscripción EPS retorno al país <input type="checkbox"/> 23. Ingreso a Contribución Solidaria <input type="checkbox"/> 24. Retiro de Contribución Solidaria <input type="checkbox"/>
---------------------	--

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

56. Datos básicos de identificación Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/> Número de documento	Sexo Biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Sexo Identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="text"/>	Fecha de nacimiento D D M M A A A A A
58. EPS anterior	59. Motivo de traslado Código <input type="checkbox"/>	60. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

61. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. <input type="checkbox"/>	62. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/>	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. <input type="checkbox"/>
64. Declaración de no interrupción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. <input type="checkbox"/>	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. <input type="checkbox"/>	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. <input type="checkbox"/>
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. <input type="checkbox"/>	68. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input type="checkbox"/>	69. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. <input type="checkbox"/>

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

72. Anexo copia del documento de identidad: CN <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>
73. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/>
74. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. <input type="checkbox"/>
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. <input type="checkbox"/>
76. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/>
77. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/>
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. <input type="checkbox"/>
79. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. <input type="checkbox"/>
80. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/>
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. <input type="checkbox"/>

FORO VITAL

Vigilado Supersubsidiado

82. Identificación de la entidad Territorial Código del municipio	83. Datos del SISBÉN Número de la ficha	84. Fecha de radicación Puntaje	85. Fecha de validación Nivel
86. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/>	Número de documento de identidad	OBSERVACIONES:	
87. Firma del funcionario			

**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