

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)																																																													
				D	O	M	M	A	A	A	A	A	A	A	A																																																		
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																																																					
A. Afiliación B. Reporte de Novedades		A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> • Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/> C. Bajizante <input type="checkbox"/> D. Beneficiario <input type="checkbox"/>				A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>				Código (a registrar por la EPS)																																																					
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				11. Documento de identidad																																																					
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="checkbox"/>				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="checkbox"/>				D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>																																																					
15. Fecha de nacimiento																																																																	
16. Etnia		17. Discapacidad		18. Puntaje SISBÉN		19. Grupo de población especial				20. Condición				21. Residencia																																																			
																		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Teléfono fijo		Teléfono celular																																											
III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)																																																																	
24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número de documento de identidad		27. Sexo Biológico		28. Sexo Identificación				29. Nacionalidad				30. País de nacimiento																																																	
						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="checkbox"/>																																																									
31. Departamento de nacimiento		32. Municipio de nacimiento		33. Fecha de nacimiento		34. Apellidos y nombres				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															
										Primer Apellido		Segundo Apellido						Primer Apellido		Segundo Apellido						Primer Apellido		Segundo Apellido						Primer Apellido		Segundo Apellido						Primer Apellido		Segundo Apellido						Primer Apellido		Segundo Apellido						Primer Apellido		Segundo Apellido					
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)																																																																	
46. Discapacidad		47. Datos de residencia		48. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)																																																													
		Municipio / Distrito				Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Departamento		Teléfono fijo y/o celular																																																							
F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>																																																																	
B1																																																																	
B2																																																																	
B3																																																																	
B4																																																																	
B5																																																																	
Selección de la IPS Primaria																																																																	
49. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS		50. Motivo de traslado		51. Tipo de documento de identificación		52. Número del documento		53. Tipo de aporte o pagador		54. Ubicación		55. Tipo de Novedad		56. Datos básicos de identificación		57. Segundo Apellido		58. Primer Nombre		59. Fecha de nacimiento		60. Segundo Nombre																																											
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO																																																																	
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.																																																	
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD																																																																	
70. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario. Se acepta únicamente firma a mano alzada.		71. El empleador, aporte 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.																																																																	
75. 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.																																																																	
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 patra potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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"/>																																																																	
X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL																																																																	
82. Identificación de la entidad Territorial Código del municipio Código del departamento		83. Datos del SISBÉN Número de la ficha Puntaje Nivel		84. Fecha de radicación				85. Fecha de validación																																																									
				D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>				D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>																																																									
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