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

EPS delagente

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 28 01 2022 | (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 [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	59

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

6. Apellidos y nombres					
Monsalve	Jimenez	Isabella			
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número de documento de identidad: 1.006.436.194	9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]	10. Fecha de nacimiento: 15 08 2003		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo F N M / Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
06				Colpatria	Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
1.000.000	Cr 5 # 1-27				3202804385
KAROJIMENEZVILLA81@GMAIL.COM	Yumbo	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Bolivar	Valle	

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				
20. Tipo de documento de identidad: CC	21. Número de documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	

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

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	25. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1	CC					HI	
B2	CC					HI	
B3	CC					HI	
B4	CC					HI	
B5	CC					HI	

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	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	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cal ——	
B ——	
B ——	
B ——	
SEDE YUMBO	16007

28 ENE 2022
56 RUBÉN DARÍO CASTILLO ACOSTA
SUJETO A VERIFICACIÓN

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación: CC	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación			

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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 [ ] Código [ ] 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 Subsidiado [ ] 15. Traslado Mismo Régimen [ ] 16. Diferente Régimen [ ] 17. Reporte por fallecimiento [ ] 18. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 19. Reporte de la calidad del Pre-pensionado [ ] 20. Reporte de la calidad del Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				
Tipo de documento de identidad: CC	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	42. Fecha: 28 01 2022
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. 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. [ ] 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. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la 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

Isabella Monsalve Jimenez

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [X] Cant. 1 PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Total 1
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 terminaciónde 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 lo que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación						
Tipo de documento de identidad: CC	Número de documento de identidad	OBSERVACIONES: APORTE 2022-02 ADJUNTO CONTRATO DE PRESTACION SERVICIO				

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

VIGILADO Supersalud — FOR-VTA-001 — VIGILADO Supersalud

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

EPS delagente

	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?	✔	
¿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?	✔	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	✔	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	✔	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✔	

Firma del afiliado (cotizante) Isabella Monsalve Jimenez

No. de identificación 1.006.436.194

28 ENE 2022
S6 RUBÉN DARÍO CASTILLO ACOSTA
SUJETO A VERIFICACIÓN

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: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca, autorizo a COMFENALCO VALLE DELAGENTE, 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 COMFENALCO VALLE DELAGENTE 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 conteniendo los mecanismos para el ejercicio de los derechos que le asisten a todo Titular de datos, se encuentra publicada en la página web www.comfenalcovalle.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 afiliacionesepscv@epscomfenalcovalle.com.co, líneas telefónicas 3865300 - 018000413501, 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 Comfenalco Valle delagente para su tratamiento.

VIGILADO Supersalud

Firma del afiliado (cotizante) Isabella Monsalve Jimenez

Se acepta únicamente firma a mano alzada

No. de identificación 1.006.436.194