Valle del Guamuéz Putumayo, 23 de julio de 2020

Señora.
LENY GABRIELA GOMEZ ROSALES
Apoyo de salud y nutrición
Fundación FUPERS

Asunto: Respuesta a Oficio "Afiliación al sistema de seguridad social"

Cordial saludo,

En respuesta al asunto de la referencia, en el sentido de afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, me permito informar que una vez validada la información se procedió a realizar la filiación de los menores como se relaciona a continuación.

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO. DOC	No. DOC	EPS
LISANDRISMAR DE LAS NIEVES TORRES SILVA	RC	1126460110	MALLAMAS
JOHAN SEBASTIAN CALDERON LUCITANTE	RC	1130165148	MALLAMAS

Esperamos haber dado respuesta a su requerimiento o ante cualquier inquietud con gusto será atendida mediante correo electrónico salud@valledelguamuez-putumayo.gov.co o a través del número de celular 313-2100001.

Sin otro particular me suscribo de usted, no sin antes desearle éxitos en sus labores profesionales.

LEIDY LORENA MENESES DÍAZ
Secretaria de Salud Municipal

Anexo: Formulario de Afiliación.
Proyectó: Marly Narvaez / Técnico Administrativo

E.P.S. INDIGENA MALLAMAS La Oportunidad Sana Para una Comunidad con Futuro	FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS		Codigo: AS-FR-001 Versión: 01 Vigencia: 28/02/2017

No. de Radicación	Fecha de Radicación
0010719203388	06/07/2020

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [x] B. Reporte de Novedades [ ]	- Cotizante o Cabeza de Familia [x] A. Individual - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. de oficio [ ]	A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [x]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [x] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACION

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION(del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
CALDERON Primer Apellido	LUCITANTE Segundo Apellido	JOHAN Primer Nombre	SEBASTIAN Segundo Nombre

7. Tipo de Documento de Identidad	8. Número del documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
RC	1130165148	Femenino [ ] Masculino [x]	28/02/2020

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13.Puntaje Sisben	14.Grupo Población Especial
06	F N M T P Tipo [ ] [ ] [ ] Condicion [ ] [ ]		27

15.Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16.Administradora de Pensiones	

18. Residencia			
VEREDA PUERTO BELLO Dirección	3235051611 Teléfono Fijo	Telefono Celular	Correo electrónico
VALLE DEL GUAMUEZ Municipio/Distrito	Zona: Urbana [ ] Rural [x]	Localidad/Comuna	PUTUMAYO Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del conyugué 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	23. Fecha de Nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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	26. Número del Documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
		Femenino	Masculino	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
		Tipo			Condición	
		F	N	M	T	P
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

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

Seleccion de la IPS Primaria

34.Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS E.S.E.	5541282
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	36. Tipo de documento	37. Número del documento de identidad	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

E.P.S. INDIGENA MALLAMAS	FORMATO DE ENTREGA DE LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LA EPS		Codigo: AS-FR-002
			Versión: 01
			Vigencia: 13/03/2017

Primer Nombre	JOHAN	**Segundo Nombre**	SEBASTIAN	**Tipo Documento**	RC
Primer Apellido	CALDERON	**Segundo Apellido**	LUCITANTE	**Documento**	1130165148

POR FAVOR MARCAR CON UNA X LA RESPUESTA QUE CONSIDERE ADECUADA

Pregunta	Respuesta	
	SI	NO
¿Previo al 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 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?		

Manifiesto bajo la gravedad de juramento, la no Afiliación a otra Entidad el Sistema de Seguridad Social en Salud, certifico mi supervivencia en este Municipio y de mi grupo Familiar. Recibí CARNET y de mi grupo familiar, como también tuve conocimiento y entrega de la carta de desempeño, proceso de atención en salud, carta de Derechos del afiliado y del paciente.

Nombre del Afiliado: × YanelaNicol Calderon2 Firma: × YanelaNicolC Huella: ×

No.Documento: × 2100114352-3

Manifiesto no saber firmar y a ruego al Señor(a): _____

No.Identificación: _____ Domicilio: _____ Huella: _____

Edad: 17

Firma: _____

Registrado por: gmorales

E.P.S. INDIGENA MALLAMAS La Oportunidad Sana Para una Comunidad con Futuro	FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS		Codigo: AS-FR-001 Versión: 01 Vigencia: 28/02/2017

No. de Radicación	Fecha de Radicación
0010719506540	06/07/2020

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ☑ B. Reporte de Novedades ☐	- Cotizante o Cabeza de Familia ☑ A. Individual - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. de oficio ☐	A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☑

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☑ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACION

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION(del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
CHIRINOS	TORRES	LISANDRISMAR	DE LAS NIEVES
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de Documento de Identidad	8. Número del documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
RC	1126460110	Femenino ☑ Masculino ☐	18/06/2020

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13.Puntaje Sisben	14.Grupo Población Especial
06	F N M T P Tipo ☐ ☐ ☐ Condicion ☐ ☐		27

15.Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16.Administradora de Pensiones	

18. Residencia			
VEREDA CAMPO BELLO	3138914945		
Dirección	Teléfono Fijo	Telefono Celular	Correo electrónico

VALLE DEL GUAMUEZ	Zona: Urbana ☐ Rural ☑		PUTUMAYO
Municipio/Distrito		Localidad/Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del conyugué 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	23. Fecha de Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

	24. Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

Seleccion de la IPS Primaria

34.Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS E.S.E.	5541282
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	36. Tipo de documento	37. Número del documento de identidad	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

E.P.S. INDIGENA MALLAMAS	FORMATO DE ENTREGA DE LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LA EPS		Codigo: AS-FR-002
			Versión: 01
			Vigencia: 13/03/2017

Primer Nombre LISANDRISMAR **Segundo Nombre** DE LAS NIEVES **Tipo Documento** RC
Primer Apellido CHIRINOS **Segundo Apellido** TORRES **Documento** 1126460110

POR FAVOR MARCAR CON UNA X LA RESPUESTA QUE CONSIDERE ADECUADA

Pregunta	Respuesta	
	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la CARTA DE DERECHOS y DEBERES DEL AFILIADO y DEL PACIENTE?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la CARTA DE DESEMPEÑO donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la CARTA DE DERECHOS y DEBERES DEL AFILIADO y DEL PACIENTE?	X	
¿Leyó el contenido de la CARTA DE DESEMPEÑO DE LA EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

Manifiesto bajo la gravedad de juramento, la no Afiliación a otra Entidad el Sistema de Seguridad Social en Salud, certifico mi supervivencia en este Municipio y de mi grupo Familiar. Recibí CARNET y de mi grupo familiar, como también tuve conocimiento y entrega de la carta de desempeño, proceso de atención en salud, carta de Derechos del afiliado y del paciente.



Nombre del Afiliado: x MAPistorre Firma: x SILVA Huella: x

No.Documento: x 26759626

Manifiesto no saber firmar y a ruego al Señor(a): _____

No.Identificación: _____ Domicilio: _____ Huella: _____

Edad: 25

Firma: _____

Registrado por: gmorales