FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS delagente

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de información de EPS delagente
Formulario No. 2452175355418
Fecha de radicación 05/11/2026

EPS012

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:			Regimen	Contribución Solidaria
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual	-Cotizante o Cabeza de familia [X]		A.Contributivo [X]	SI [ ]
		-Beneficiario o afiliado adicional [ ]		B.Subsidiado [ ]	NO [X]
	B.Colectiva [ ]	C.Institucional [ ]	D.De oficio [ ]		

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [ ] B.Independiente [ ] C.Pensionado [X]	registrar por la EPS 59

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
FRANCO		WILLIAM	

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Biológico	Sexo Identificación
CC	16785345	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál:

Nacionalidad	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento	Fecha de nacimiento
COL	COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	CALI	15/12/1970

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Comunidad	Discapacidad	Categoria de discapacidad
06 - Otros		SI [ ] NO [X]	Ninguna
Tiene encuesta SISBEN	**Nivel SISBEN**	**Grupo SISBEN**	**Grupo de población especial**
SI [X] NO [ ]	Nivel III		05 - Población Sisbenizada

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC	Tarifa contribución solidaria
14-23: Positiva Compania De Seguros S.A.	230301: Fondo de Pensiones y Cesantias Porvenir	$ 1.750.905	

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
KR 32 36 37		3186878383	WILLIAMFRANCO70RONALD@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
VALLE DEL CAUCA	CALI	13 - COMUNA 13	Cab Municipal [X] Centro poblado [ ] Rural disperso [ ] Resto rural [ ]

Recuerde Reportar Novedad de Retiro en la última planilla de pago, en el momento que decida continuar con los servicios de salud en nuestra EPS. Si usted no hace el reporte de retiro o su nombramiento que reporte sus novedades hasta el 0 NOV 2026 Decreto 3085 / 98 estipulado en el Artículo 3 del Sistema, según la Ley en el Artículo 3 del

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Biológico	Sexo Identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál:

Nacionalidad	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento	Fecha de nacimiento

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

No	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
1	FRANCO	GARCIA	RONALD	STIVEN

No	Identificación	Nacionalidad	Sexo biológico	Sexo identificación	País nacimiento	Departamento nacimiento	Municipio nacimiento	Fecha nacimiento
1	TI1105379393	COL	Masculino	Masculino	COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	CALI	22/01/2011

Datos complementarios del Beneficiario

No	Parentesco	Etnia	Comunidad	Grupo población especial	Tiene encuesta	Nivel SISBEN	Grupo SISBEN	Discapacidad	Categoria discapacidad
1	Hijo(a) menor de veinticinco (25) años de edad	06 - Otros		05 - Población Sisbenizada	SI	Nivel III		NO	Ninguna

No	Departamento	Municipio/Distrito	Zona	Telefono fijo / Celular	Valor UPC Adicional
1	VALLE DEL CAUCA	CALI	Urbana - Cabecera Municipal	3188365111	

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS delagente

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de información de EPS delagente
Formulario No. 2452175355418
Fecha de radicación 05/11/2026

EPS012

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:	Regimen	Contribución Solidaria
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 [ ]	SI [ ] NO [X]

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [ ] B.Independiente [X] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS: 59

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
FRANCO		WILLIAM	

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Biológico	Sexo Identificación
CC	16785345	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál:

Nacionalidad	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento	Fecha de nacimiento
COL	COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	CALI	15/12/1970

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Comunidad	Discapacidad	Categoria de discapacidad
06 - Otros		SI [ ] NO [X]	Ninguna
Tiene encuesta SISBEN	**Nivel SISBEN**	**Grupo SISBEN**	**Grupo población especial**
SI [X] NO [ ]	Nivel III		05 - Población Sisbenizada
Administradora de Riesgos Laborales	**Administradora de Pensiones**	**Ingreso base de cotización IBC**	**Tarifa contribución solidaria**
14-23: Positiva Compania De Seguros S.A.	230301: Fondo de Pensiones y Cesantías Porvenir	$ 1.750.905	
Dirección Residencia	**Teléfono fijo**	**Celular**	**Correo electrónico cotizante**
KR 32 36 37		3186378383	WILLIAMFRANCO70RONALD@GMAIL.COM
Departamento	**Municipio/Distrito**	**Localidad/Comuna**	**Zona**
VALLE DEL CAUCA	CALI	13 - COMUNA 13	Cab Municipal [X] Centro poblado [ ] Rural disperso [ ] Resto rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Biológico	Sexo Identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál:

Nacionalidad	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento	Fecha de nacimiento

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

No	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
1	FRANCO	GARCIA	RONALD	STIVEN

No	Identificación	Nacionalidad	Sexo biológico	Sexo identificación	País nacimiento	Departamento nacimiento	Municipio nacimiento	Fecha nacimiento
1	TI1105379393	COL	Masculino	Masculino	COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	CALI	22/01/2011

Datos complementarios del Beneficiario

No	Parentesco	Etnia	Comunidad	Grupo población especial	Tiene encuesta	Nivel SISBEN	Grupo SISBEN	Discapacidad	Categoria discapacidad
1	Hijo(a) menor de veinticinco (25) años de edad	06 - Otros		05 - Población Sisbenizada	SI	Nivel III		NO	Ninguna

No	Departamento	Municipio/Distrito	Zona	Telefono fijo / Celular	Valor UPC Adicional
1	VALLE DEL CAUCA	CALI	Urbana - Cabecera Municipal	3188365111	

Recuerde Reportar Novedad de Retiro en la última planilla de Aportes en el momento que decida no continuar con los servicios de salud en nuestra EPS, de lo contrario la generación de una nueva planilla hasta el momento que reporte su novedad de retiro, se tomará como periodo cotizado, según lo estipulado en el Artículo 3 del Decreto 806 de 1998 y la Ley 100 de 1993.
0 NOV 2026

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS delagente

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de información de EPS delagente
Formulario No. 2452175355418
Fecha de radicación 05/11/2026

EPS012

No	Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
1	KR 32 36 37	13 - COMUNA 13	AGUIRRELUISA291@GMAIL.COM

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD SAS - KR 8 # 52-164	Sede: 13010
1	SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD SAS - KR 8 # 52-164	Sede: 13010

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

Nombre o Razón social		Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones	
WILLIAM FRANCO		CC16785345		
Dirección	**Teléfono**	**Correo electrónico**	**Municipio/Distrito**	**Departamento**
KR 32 36 37		WILLIAMFRANCO70RONALD@GMAIL.COM	CALI	VALLE DEL CAUCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: [ ]
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 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. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [X] 14. Movilidad:
  - [X] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado:
  - [ ] A. Mismo Régimen
  - [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16 Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte de trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

Recuerde reportar su Novedad de Retiro en la última planilla de pago en el mismo que decida no continuar con los servicios de salud. El no hacerlo le generara una deuda a su nombre hasta el momento que reporte su novedad de retiro al sistema, según lo estipula la ley en el Artículo 79 del Decreto 806 / 98.

05 NOV 2026
COMFENALCO VALLE EPS
SUJETO A VERIFICACIÓN

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo biológico	Sexo identificación

Fecha de nacimiento	Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
	01/11/2026			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [X] Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [X] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 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
- [X] Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la contribución solidaria

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS delagente

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de EPS delagente
Formulario No. 2452175355418
Fecha de radicación 05/11/2026

EPS012

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad		Numero de documento de identidad	

IX. FIRMAS

William Franco

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

☐ 56. Anexo copia de documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Total 0

☐ Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

☐ 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 date unión marital

☐ Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia

☐ Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio

☐ Copia del dictamen de discapacidad emitido por la autoridad competente

☐ Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital

☐ 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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario
Tipo de documento de identificación		Número de identificación		

Observaciones
Observaciones:
Empresa:, Asesor:Dora Lina Soto Zapata, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:dlsotoz@epsdelagente.com.co
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de EPS delagente e ingresando el código:
Url: https://portal.epsdelagente.com.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx

Debe reportar su Novedad de
ser ro en la última planilla de pago.
en el momento que decida no
continuar con los servicios de salud.
El no hacerlo generara una
Cartera a su nombre hasta el
momento que reporte su novedad
de retiro al sistema, según lo
estipula la ley en el Articulo 79 del
Decreto 806 / 98

05 NOV 2026
COMFENALCO VALLE EPS
SUJETO A VERIFICACION

EPS delagente	CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DE LA 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 DE LA EPS	VERSIÓN 1	EDICIÓN Mayo de 2016
		CODIGO FEPS-GCO-02	Hoja 1 de 1

A CONTINUACION SE PRESENTAN UNAS BREVES PREGUNTAS PARA CERTIFICAR LA INFORMACION PROPORCIONADA POR EPS DELAGENTE EN EL MOMENTO DE SU AFILIACION, FAVOR MARCAR CON UNA "X" EN SI o NO, SEGÚN SEA EL CASO:

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion, 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	

05 NOV 2026
COMFENALCO VALLE EPS
SUJETO A VERIFICACIÓN

CC16785345 WILLIAM FRANCO
TI1105379393 RONALD STIVEN FRANCO GARCIA

En constancia se firma a los 5 del mes de nov. de 2026

Nombre y documento de identidad del afiliado que certifica:

CC16785345 WILLIAM FRANCO

debe Reportar su Novedad de retiro en la última planilla de pago, en el momento que decida no continuar con los servicios de salud. El no hacerlo le generara una Cartera a su nombre hasta el momento que reporte su novedad de retiro al sistema, según lo estipula la ley en el Artículo 79 del Decreto 1406/99.

William Franco
FIRMA AFILIADO

Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento y suscripción de este formato se efectuará por la persona a quien el ruegue, lo cual deberá ser ratificado por el afiliado a través de su huella.

FIRMA A RUEGO

Nombres y apellidos:

Documento de identidad: Edad:

Domicilio (Dirección y ciudad):

HUELLA AFILIADO