

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

Comfenalco Valle



No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante
A. Afiliación <input type="checkbox"/>	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> • Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>
B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS)			

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

6. Apellidos y nombres	HURTADO	PEÑA	FREDDY	ANTONIO			
7. Tipo de documento de identidad	<input checked="" type="checkbox"/>	8. Número de documento de identidad	6097225	9. Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento	1 9 0 6 1 9 9 9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo F <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>			SURA	PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia	19. Domicilio	20. Teléfono fijo	21. Teléfono móvil	
1.160.000	CRA 13 # 73-87			3154202315	
franhupe@hotmail.com		Cali	Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	ANDRES SANIN	Valle del Cauca

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	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	

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 de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios
B1		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	11 ABR 2023	29. Parentesco
B2				30. Etnia
B3				
B4				
B5				

31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Tipo F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición T <input type="checkbox"/> P	Municipio / Distrito Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.	
B	
B	
B	

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	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
SERVICIOS MAXIFENIX SAS	NIT	901248493	
39. Ubicación	4039634		CALI VALLE

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	41. Modificación datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 42. Corrección datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 43. Actualización documento de identidad <input type="checkbox"/> 44. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 45. Terminación de la inscripción en la EPS <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> 46. Reinscripción en la EPS <input type="checkbox"/> 47. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 48. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 49. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar <input type="checkbox"/> 50. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando <input type="checkbox"/> 51. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 52. Derivación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 53. Movilidad: A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 54. Traslado: A. Misma Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 55. Reporte por fallecimiento <input type="checkbox"/> 56. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/> 57. Reporte de la calidad del Pre-pensionado <input type="checkbox"/> 58. Reporte de la calidad del Pensionado <input type="checkbox"/>
---------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/> 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la concidencia de beneficiarios. <input type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. <input type="checkbox"/> 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. <input checked="" type="checkbox"/> 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. <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input checked="" type="checkbox"/>

VIII. FIRMAS

Freddy Hurtado	Hector Valencia
----------------	-----------------

54. El beneficiario, a través de su firma, manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

55. El beneficiario, a través de su firma, manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN <input type="checkbox"/> Cart <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Cart <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Cart. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Cart. <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Cart. <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Cart. <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> Cart. <input type="checkbox"/> Total 0
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. <input type="checkbox"/>
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 terminación de la unión marital. <input type="checkbox"/>
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. <input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 65. 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

66. Identificación de la entidad Territorial Código del municipio	67. Datos del SISBÉN Número de la ficha	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A
Código del departamento	Puntaje	Nivel	
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	OBSERVACIONES:	
71. Firma del funcionario			

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.

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

Comfenalco Valle



	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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del afiliado: Freddy Hurtado

Identificación: 6097225

FIRMA A RUEGO

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: _____

Nombres y apellidos: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Edad: _____



Dirección: _____

de domicilio: _____

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que he sido informado: Que la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE COLOMBIA, la cual es la entidad que me ha puesto a mi disposición el correo electrónico protegido donde se entregó la carta de derechos y deberes, y el ejercicio de los derechos mencionados en esta autorización. Los derechos como titular del dato son los previstos en la constitución y la ley, especialmente el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales, siempre y cuando no sea contrario a la voluntad del titular. Los datos personales que se tratan son aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuya uso indebido puede generar discriminación, por ejemplo la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, de derechos humanos así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a COMFENALCO VALLE DELAGENTE y a quien le sean cedidos los derechos, para recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en distintas bases

o bancos de datos, o en repositorios electrónicos de todo tipo con que cuenta COMFENALCO VALLE DELAGENTE, con la finalidad principal de llevar a cabo alguna contratación, ejecución y

comercialización de los bienes y servicios del Responsable del Tratamiento, cuando se requiera que estos sean remitidos a las entidades comerciales, crediticias, compañías de seguros, etc,

relacionadas con los servicios sociales que presta la Caja de Compensación Familiar, así como el contacto a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, Chat, correo electrónico y demás medios

considerados electrónicos) físicos y/o personales.

COMFENALCO VALLE DELAGENTE podrá usar mi información para los siguientes fines: 1. Ejecutar las gestiones pertinentes para el desarrollo de la etapa precontractual, contractual y postcontractual con COMFENALCO VALLE DELAGENTE, respecto de cualquiera de los productos ofrecidos por ella que haya o no adquirido o, respecto de cualquier relación negocial subyacente que tenga con ella, así como dar cumplimiento a la ley colombiana o extranjera y las órdenes de autoridades judiciales o administrativas; 2. Realizar invitaciones a eventos, mejorar productos y servicios u ofrecer nuevos productos, y todas aquellas actividades asociadas a su objeto social o vínculo existente con COMFENALCO VALLE DELAGENTE, o aquel que llegare a tener; 3. Gestionar trámites (solicitudes, quejas, reclamos), realizar análisis de riesgo, efectuar encuestas de satisfacción respecto de los bienes y servicios de COMFENALCO VALLE DELAGENTE, así como a los aliados comerciales de COMFENALCO VALLE DELAGENTE; 4. Suministrar información de contacto y documentos pertinentes a la fuerza comercial y/o red de distribución, telemarketing, investigación de mercados y cualquier tercero con el cual COMFENALCO VALLE DELAGENTE posea un vínculo contractual de cualquier índole; 5. Dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; 6. Permitir que mis datos personales sean manejados en red a través de un sistema tecnológico avanzado, con la intervención de ASOCAJAS y de otras Cajas de Compensación Familiar del país, con el fin de obtener información fácil y rápida sobre vinculaciones anteriores, paz y salvos, etc, para la realización de estudios y en general la administración de sistemas de información del sector correspondiente; 7. Conocer mis datos que reposen en operadores de bancos de datos de información financiera de que trata la Ley 1266 de 2008 o las normas que la modifiquen o sustituyan y proporcionarles mi información a los mismos; 8. Acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública (Entre otros, los Ministerios, los Departamentos Administrativos, la DIAN, la Fiscalía, Registraduría Nacional del Estado Civil, Juzgados, Tribunales y Altas Cortes) ya sea nacional o internacional; 9. Crear bases de datos para los fines descritos en la presente autorización; 10. Envíar mis datos personales a las entidades financieras, Cajas de Compensación Familiar, Compañías de Seguros, para el trámite correspondiente al cumplimiento de la prestación de sus servicios sociales. Para todo lo anterior otorgo mi autorización expresa e inequívoca.

Otorgo mi consentimiento a COMFENALCO VALLE DELAGENTE para tratar mi información personal, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, y por tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: www.comfenalcovalle.com.co. Autorizo a COMFENALCO VALLE DELAGENTE a modificar o actualizar su contenido a fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de servicios o productos, dando aviso previo por medio de la página web de la Corporación, y/o correo electrónico.

La información del formato del cual forma parte la presente autorización la he suministrado de forma voluntaria, y es verídica.

Firma y cédula del afiliado: Freddy Hurtado
6097225