

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



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

A. Afiliación

B. Reporte de Novedades

☐

☒

2. Tipo de Afiliación

A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia

B. Colectiva

C. Institucional

D. De oficio

☒

☐

☐

☐

3. Régimen

A. Contributivo

B. Subsidiado

☒

☐

4. Tipo de afiliado

A. Cotizante

B. Cabeza de familia

C. Beneficiario

☒

☐

☐

5. Tipo de cotizante

A. Dependiente

B. Independiente

C. Pensionado

☒

☐

☐

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

☒

8. Número de documento de identidad

6097225

9. Sexo

Femenino

Masculino

☐

☒

10. Fecha de nacimiento

1

9

0

6

1

9

9

9

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

SURA

16. Administradora de pensiones

PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC

1.160.000

18. Residencia

CRA 13 # 73-87

19. Teléfono fijo

3154202315

20. Correo electrónico

franhupe@hotmail.com

21. Municipio

Cali

22. Zona

Urbana

Rural

☒

☐

23. Nombre

ANDRES SANIN

24. Departamento

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

Femenino

Masculino

☐

☐

23. Fecha de nacimiento

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

Femenino

Masculino

28. Fecha de nacimiento

29. Parentesco

30. Etnia

B1

B2

B3

B4

B5

31. Discapacidad

Tipo

F

N

M

Condición

T

P

32. Datos de residencia

Municipio / Distrito

Zona

Urbana

Rural

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

Cot

B

B

B

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

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

SERVICIOS MAXIFENIX SAS

36. Tipo de documento de identificación

NIT

37. Número del documento de identificación

901248493

38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

CALLE 70 1A # 10-16

40. Código postal

4039634

41. Ciudad

CALI

42. Departamento

VALLE

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

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: A. Régimen Contributivo

B. Régimen Subsidiado

14. Traslado: A. Mismo Régimen

B. Diferente Régimen

15. Reporte por fallecimiento

16. Reporte del trámite de protección al cesante

17. Reporte de la calidad del Pre-pensionado

18. Reporte de la calidad del Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

42. Fecha

0

1

0

4

2

0

2

3

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

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN

Cant

RC

Cant

TI

Cant

CC

Cant

PA

Cant

CE

Cant

CD

Cant

SC

Cant

Total

0

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 terminación de 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 la 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

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

71. Firma del funcionario

72. Tipo de documento de identidad

Número de documento de identidad

OBSERVACIONES:

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



	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: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que he sido informado: Que la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE VALLE DELAGENTE, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición el correo electrónico protecciondatos@comfenalcovalle.com.co, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de los derechos mencionados en esta autorización. Mis 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 exista una obligación pendiente sostenida por el suscrito (a) con la misma Corporación. Estos derechos pueden ejercerse conservando la Política de Tratamiento de Información de COMFENALCO VALLE DELAGENTE disponible en www.comfenalcovalle.com.co. Es voluntario responder preguntas que eventualmente me sean hechas sobre datos sensibles o datos de menores de edad, y que éstos últimos serán tratados respetando sus derechos fundamentales e intereses superiores. Soy Conciente que existen requisitos exigidos expresamente por la Ley, que COMFENALCO VALLE DELAGENTE como Caja de Compensación Familiar debe exigir y por lo tanto, no requieren de mi expresa autorización. Son datos sensibles, aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo 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 comercial 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 ofertar 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. Enviar 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.

11 ABR 2023

102 FABIAN ALBERTO CASTAÑO ROMAN
SUJETO A VERIFICACIÓN

CO VALLE DELAGENTE, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición el correo electrónico protecciondatos@comfenalcovalle.com.co, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de los derechos mencionados en esta autorización. Mis 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 exista una obligación pendiente sostenida por el suscrito (a) con la misma Corporación. Estos derechos pueden ejercerse conservando la Política de Tratamiento de Información de COMFENALCO VALLE DELAGENTE disponible en www.comfenalcovalle.com.co. Es voluntario responder preguntas que eventualmente me sean hechas sobre datos sensibles o datos de menores de edad, y que éstos últimos serán tratados respetando sus derechos fundamentales e intereses superiores. Soy Conciente que existen requisitos exigidos expresamente por la Ley, que COMFENALCO VALLE DELAGENTE como Caja de Compensación Familiar debe exigir y por lo tanto, no requieren de mi expresa autorización. Son datos sensibles, aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo 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 comercial 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 ofertar 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. Enviar 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