

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES A LA EPS
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formato)



Distribución gratuita prohibida su venta

Radicado No.

I. Tipo de Trámite	
A. Afiliación <input type="checkbox"/>	B. Novedad <input type="checkbox"/>
A. Afiliación	
1. Tipo de Afiliación Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/>	2. Clase de Afiliación Nuevo <input type="checkbox"/> Reingreso <input type="checkbox"/> Reintegro <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/>
3. Tipo de cotizante	
B. Novedad	
Adición <input type="checkbox"/> Código de Novedad	

0. Fecha de radicación									
A	A	A	A	M	M	D	D	D	D

II. Datos Cotizante																									
4. Nombres y apellidos completos				Apellido 1				Apellido 2				Nombre 1				Nombre 2									
5. TD	6. No. de identificación				7. Fecha de nacimiento				8. Sexo	9. Estado civil				10. Tipo de discapacidad				11. Nombre IPS				12. Código IPS			
13. Dirección de residencia								14. Barrio								15. Zona									
16. Ciudad/Municipio				17. Cód. Ciudad/Municipio				18. Departamento				19. Teléfono				20. Celular									
21. Correo electrónico								22. EPS anterior				23. Código EPS anterior				24. Mes de aporte									

III. Información de beneficiarios																				
Beneficiario	25. TD	26. No. de identificación	27. Nombres y apellidos completos				28. Sexo	29. Parentesco	30. Fecha de nacimiento			31. Nivel educativo	32. EPS anterior	33. Cód. EPS anterior	34. UPC	35. Tipo discapacidad	C. Cód. Novedad Benefic.			
			Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2			Año	Mes	Día									
B1		Cónyuge o compañero(a)																		
B2																				
B3																				
B4																				
Beneficiario	36. Dirección de residencia				37. Barrio	38. Zona	39. Teléfono		40. Ciudad/Municipio		41. Departamento		42. Nombre IPS		43. Cód. IPS		44. Clase de afiliación Beneficiarios			
	Cónyuge o compañero(a)															Nuevo	Reingreso	Reintegro	Traslado	
B1																				
B2																				
B3																				
B4																				

IV. Información para beneficiarios UPC adicional																					
45. UPC adicional																					
Número de benef.	B1	B2	Fecha inicio UPC				Valor mensual de la UPC				Número de benef.	B3	B4	Fecha inicio UPC				Valor mensual de la UPC			
			A	A	A	A	M	M	D	D								A	A	A	A

V. Información del empleador y/o entidad pensionadora																			
46. TD	47. No. de identificación				48. DV	49. Nombre o razón social								50. Dependencia		51. Centro de costo			
52. ARP				53. AFP				54. Dirección empresa				55. Ciudad empresa				56. Teléfono empresa			
57. Fecha ingreso a la empresa				58. Tipo salario	59. Cargo				60. Cód. cargo		61. Ingreso base cotización o mesada pensional				62. Número afiliación al ISS (Diligencie sólo para pensionados ISS)				

VI. Información exclusiva trabajador independiente o contratista																			
63. Vivienda	64. Nivel educativo	65. Posición ocupacional	66. Productor agropecuario	67. Actividad económica	68. AFP				69. ARP										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
70. Ingreso base de cotización								71. Cotización				72. Información exclusiva contratista				Inicio contrato			

VII. Declaraciones juramentadas (diligencie sólo para hijos mayores de 18 años, padres, cónyuge y compañero(a) permanente)																	
<input type="checkbox"/> Dependencia económica: Bajo la gravedad de juramento declaro que el (los) beneficiario(s) reportado(s) depende(n) económicamente de mí. Decreto 1703, Art. 3, Item 2.8						<input type="checkbox"/> Convivencia: Bajo la gravedad de juramento, como cotizante declaro que convivo hace _____ meses con el (la) Sr (a) _____ identificado(a) con (tipo documento) número _____ expedida en _____ (Cotizante firma en el numeral 81)						Índice derecho					
						Firma del compañero(a) permanente						No. Documento					
												Huella compañero(a)					

VIII. Observaciones y Anexos																																	
73. Observaciones												74. Documentación																					
A A A A A M M D D												AG	CA	CC	CE	CN	CP	DJ	DP	EC	FP	HC	ML	MP	PA	RC	RM	RP	RS	SD	TI	CD	
												CT																					
												B1																					
												B2																					
												B3																					
B4																																	

IX. Indicaciones (Antes de firmar lea con atención y escriba en el cuadro S (si) o N (no), estos campos son de diligenciamiento obligatorio).																	
<input type="checkbox"/> * Autorizo a esta EPS el envío de información por correo electrónico y al celular por mensaje de texto.									<input type="checkbox"/> * Declaro que la EPS me entregó la carta de derechos del afiliado y del paciente y me informó que cualquier actualización la puedo consultar en la página web de la EPS o en la central telefónica.								
<input type="checkbox"/> * Declaro en calidad de cotizante que junto con el (los) beneficiario(s) reportado(s) no estamos afiliados a otra EPS.									<input type="checkbox"/> * Declaro que en caso que se incumplan los pagos de UPC Adicional, esta EPS podrá declarar insubsistentes los plazos y cuotas que constituyen la mora y así mismo exigir el pago inmediato judicial o extrajudicialmente.								
<input type="checkbox"/> * Declaro que he sido informado (a) clara y concisamente a través de los medios informativos de esta EPS en todos los aspectos referentes al diligenciamiento de este formato, proceso de adición de beneficiarios y tarifas de UPC.									<input type="checkbox"/> * Declaro que mi cónyuge o compañero(a) cotiza: TD _____ No. _____								
									<input type="checkbox"/> * Declaro que el cabeza de grupo familiar se identifica con: TD _____ No. _____								

75. Firma del cotizante y documento de identidad	76. Firma y sello empleador	77. Espacio para sello de radicado Uso exclusivo de la EPS
--	-----------------------------	---

Todo niño que nazca quedará automáticamente como beneficiario de la Entidad Promotora de Salud a la cual esté afiliada su madre de acuerdo a lo establecido en el artículo 163 parágrafo 2 de la Ley 100 de 1993

78. Código del Asesor:

Original: EPS Copia 1: Afiliado Copia 2: Empleador - Entidad Pensionadora

"RECUERDE DILIGENCIAR EL ESTADO DE SALUD AL RESPALDO DE ESTA PÁGINA"

FOPR-VTA-001

Declaración del Actual Estado de Salud POS

Señor(a) afiliado(a), este cuestionario nos permitirá conocer su estado de salud y el de su grupo familiar. El objetivo es poder brindarle un servicio oportuno y vincularlo a los programas de salud preventiva que ofrece la EPS. Agradecemos su sinceridad al responder todas las preguntas. La EPS garantiza absoluta confidencialidad sobre la información que suministre en esta declaratoria.

Diligencie la información en el mismo orden registrado en el formulario de afiliación. TD: Tipo de identificación, registre según tabla del numeral 8 contenido en las instrucciones de diligenciamiento de este formulario.

Tipo de afiliado	TD	Número de documento	Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2
Cotizante						
B1		Cónyuge y/o compañero(a)				
B2						
B3						
B4						

Rellene el cuadro totalmente cuando la respuesta sea **afirmativa**.

Deje el cuadro en **blanco** cuando la respuesta sea **negativa**.

Cuestionario	Cot.	B1	B2	B3	B4
Variables de exposición					
1. ¿Realiza alguna actividad física o deporte semanalmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Presenta sobrepeso u obesidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha perdido más de 10 kilos de peso en los últimos seis (6) meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Actualmente fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Consumo bebidas alcohólicas más de una vez en el mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha presentado tos por más de 15 días en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Usa algún método de Planificación Familiar? (Sólo para mayores de 12 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Presenta alguna limitación o discapacidad física o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido alguna enfermedad relacionada con su trabajo u ocupación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sufre o sufrió alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud					
10. ¿Tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Presión o tensión alta (Hipertensión arterial)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Azúcar en la sangre o diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Artrosis, dolor frecuente en rodillas caderas o limitación para caminar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Enfermedades respiratorias como: asma, bronquitis, efisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que requieran o hayan requerido oxígeno o tratamiento con inhaladores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Alergias o infecciones respiratorias que hayan terminado en hospitalización en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Problemas mentales o psiquiátricos que requieran o hayan requerido tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sufre o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades por las cuales haya requerido tratamiento médico o cirugía					
17. ¿Infarto de corazón, angina cardiaca o pre infarto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Derrames cerebrales o trombosis (accidentes cerebro vascular)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Insuficiencia o falla renal, que requiera o haya requerido diálisis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Epilepsia, convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Enfermedades y/o cirugía vasculares o del corazón como arritmias, problemas de válvulas cardiacas (soplos), falla o insuficiencia cardiaca, aneurismas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Enfermedades de transmisión sexual, VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Lupus, artritis reumatoide, esclerosis u otras enfermedades autoinmunes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Sangrados, hemofilia o anemia frecuente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Malformaciones congénitas del corazón, cerebro, columna, médula espinal, riñón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Cáncer de cualquier órgano, tumores, o cáncer en la sangre (leucemia, linfoma o mieloma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha requerido o sabe si necesita alguno de los siguientes tratamientos					
27. ¿Reemplazo articular o prótesis de la cadera, rodilla u hombro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Marcapasos, prótesis valvulares o del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ¿Quimioterapia, radioterapia o cirugía para el cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿Ha recibido o sabe que requiere trasplante de algún órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preguntas solo para mujeres mayores de 12 años					
31. ¿Está embarazada o cree estarlo en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ¿Se ha practicado la citología dentro de los dos (2) últimos años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Algún familiar cercano como: madre, hermanas, abuelas o tías, ha sufrido o ha muerto por cáncer de mama o seno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada y consignada en este formato corresponde rigurosamente a la verdad y no hay omisión de la misma. Autorizo a la EPS para solicitar a cualquier médico, profesional de la salud, centro hospitalario y otros, las historias clínicas y demás información de mi estado de salud y el de mis beneficiarios. Firmo para constancia a los _____ días del mes de _____ de _____.					
Si considera que debe ampliar algunas de las preguntas realizadas, escriba en observaciones.					
Observaciones: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
<hr/> <hr/> <hr/>					
<hr/> Firma y cédula del cotizante	<hr/> Huella del cotizante		<hr/> Espacio para sello de radicado Uso exclusivo de la EPS		

Carta de Derechos de los Afiliados y Pacientes de la EPS Comfenalco Antioquía

Con este documento, además de orientarte, damos cumplimiento a la Resolución 1817 del 29 de mayo de 2009. El Plan de Beneficios es el conjunto de servicios a los que tienes derecho como afiliado. El propósito es mantenerte o recuperar el buen estado de salud y evitar el menoscabo de tu capacidad económica derivada de incapacidad temporal por enfermedad general y/o maternidad.

1. Plan de Beneficios

Se autorizan estos servicios según el Acuerdo 08 de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud –CRES-. lo que no está expresamente incluido, se le realizará el estudio por medio del comité técnico científico. Adicionalmente quienes requieren servicios que no estén contemplados en el POS del Régimen Contributivo, pueden optar por pagar los servicios que se exceden a los definidos en la ley y los decretos reglamentarios o adquirir un Plan de Atención Complementaria –PAC-. Estos, de acuerdo con el valor y las coberturas autorizadas, le permitirán ampliar las condiciones del POS.

2. Servicios de Promoción y Prevención

Como afiliado a la EPS COMFENALCO Antioquía, tú y tu grupo familiar tienen derecho a consultar servicios preventivos para conservar la buena salud y prevenir posibles enfermedades y padecimientos. Los siguientes son las actividades, procedimientos e intervenciones a los que puedes acceder sin costo alguno:

- Vacunación
- Atención en Salud oral
- Atención del parto
- Atención del recién nacido
- Planificación familiar en mujeres
- Crecimiento y desarrollo
- Programa del joven
- Programa de control prenatal
- Programa del adulto mayor
- Programa de detección temprana de cáncer de cerviz
- Programa detección temprana de cáncer de mama
- Programa detección temprana de alteraciones visuales

Los programas de promoción de la buena salud y prevención de la enfermedad son gratuitos, no requieren copagos, ni cuotas moderadoras, no hay que estar enfermo para consultar, están dirigidos a personas sanas para conservar un buen estado de salud. El propósito de los programas es fomentar estilos de vida saludables y detectar riesgos en los afiliados por ciclo vital con el fin de prevenir enfermedades.

3. Exclusiones y Limitaciones del Plan de Beneficios

Cirugía estética con fines de embellecimiento, Tratamientos nutricionales con fines estéticos, Tratamientos para la infertilidad, Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental, Tratamientos o cursos de reposo o del sueño, Medias elásticas de soporte, corsés, fajas, plantillas, zapatos ortopédicos, sillas de ruedas, lentes de contacto (Los lentes se suministrarán una vez cada cinco años en los adultos y en los niños una vez cada año; siempre por prescripción médica y para defectos que disminuyan la agudeza visual), Medicamentos o sustancias que no se encuentren expresamente autorizadas en el Manual de Medicamentos y Terapéutica, Tratamiento con drogas o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad, Trasplante de órganos. No se excluyen aquellos como el trasplante renal, de hígado, de médula ósea, de córnea y el de corazón; con estricta sujeción a las condiciones de elegibilidad y demás requisitos establecidos en las respectivas Guías Integrales de Atención, Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada (No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad y solo durante la fase inicial. Tampoco se excluyen las terapias grupales. Se entiende por fase crítica o inicial aquella que se puede prolongar máximo hasta los treinta días de evolución), Tratamiento para varices con fines estéticos, Actividades, procedimientos e intervenciones para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal; o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación (Podrá brindarse soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor, la incomodidad y la disfuncionalidad o terapia de mantenimiento y todas las actividades, intervenciones y procedimientos debidamente contemplados en los respectivos Guías Integrales de Atención), Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación; distintos a aquellos necesarios estrictamente para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas.

4. Deberes y Derechos Régimen Contributivo

Derechos de los afiliados y del paciente

- Escojer libremente la EPS a la cual desea afiliarte.
- Recibir por parte de la EPS la atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud POS.
- Recibir la atención de urgencias vitales, en todo el territorio nacional.
- Solicitar traslado de EPS, de conformidad con los procedimientos, tiempos límites, condiciones y efectos que en su momento determine la ley.
- Escojer a tu médico tratante o Institución Prestadora de Servicios de Salud, dentro de las opciones que la EPS ofrece según la red de servicios contratada y los recursos disponibles.
- Participar, individualmente o en sus organizaciones, en todas las instancias de asociación, representación, veeduría de las entidades rectoras, promotoras y prestadoras del Sistema de Seguridad Social en Salud.
- Mantener una comunicación plena y clara con los profesionales de la salud que te atiendan, la cual te permita obtener información sobre diagnóstico, procedimientos y tratamientos que se te deban practicar, así como los pronósticos o riesgos que estos generen.
- Afiliar como beneficiarios, bajo stu misma cotización, a los miembros de tu grupo familiar que tengan este derecho, cumpliendo con los requisitos y condiciones establecidas en la ley para tal efecto.
- Para los afiliados cotizantes, excepto los pensionados, obtener el reconocimiento de las incapacidades originadas por enfermedad general, licencias de maternidad o paternidad, siempre y cuando cumplan con todos los requisitos establecidos por la ley para dicho reconocimiento; tiempos de permanencia en la EPS y pagos completos y oportunos.
- Afiliar al recién nacido de inmediato a la EPS a la cual esté afiliada la madre en el momento del nacimiento, oficializando dicha gestión antes de un mes, mediante la presentación del respectivo registro civil de nacimiento.
- Ser informado sobre el monto de los copagos y cuotas moderadoras correspondientes.
- Recibir respuesta oportuna sobre tus opiniones o sugerencias.
- Recibir junto con tu grupo familiar los servicios de urgencias y continuidad de tratamientos en curso, durante el periodo de protección laboral.
- Si así lo deseas y tienes condiciones económicas para hacerlo, tienes el derecho de adquirir el Plan de Atención Complementaria PRIMERA CLASE de la EPS COMFENALCO, para ti y tu grupo familiar.

Deberes de los afiliados:

- Procurar el cuidado de tu salud y la de tu comunidad.
- Afiliarte con tu grupo familiar al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cuando los dos cónyuges coticen deberán estar afiliados a una misma EPS y sus beneficiarios afiliados en cabeza de uno solo de ellos.
- Suministrar oportunamente a la EPS, cuando te sean requeridos o cambie alguna condición en la conformación de tu grupo familiar, los documentos que acrediten las condiciones legales de todos los miembros.
- Si eres trabajador independiente, pagar tus cotizaciones dentro de los términos fijados por la Ley, si eres trabajador dependiente vigilar que tu empleador cumpla con la obligación de pagar completa y a tiempo la correspondiente cotización.
- Suministrar información veraz, clara y completa sobre tu estado de salud, composición de tu grupo familiar e ingreso base de colización.
- Pagar completo y a tiempo las cuotas moderadoras o copagos a que haya lugar.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le presten la atención en salud.
- Cuidar y hacer uso racional de los recursos, instalaciones, dotación y demás que se requieran para el disfrute de los servicios de salud.
- Tratar con respeto y dignidad al personal humano que te atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes.
- Para acceder a los servicios de la EPS deberás identificarte con carné de afiliado (personal e intransferible) y respectivo documento de identidad.
- Cumplir oportunamente las citas médicas y demás servicios solicitados y pagar las multas a que haya lugar en caso de inasistencia o de no haber informado a la EPS dentro de los tiempos establecidos para su respectiva cancelación.
- Denunciar ante las autoridades competentes y dar aviso a la EPS sobre la pérdida o extravío del carné que le acredita como afiliado a nuestra entidad.
- Si eres trabajador dependiente, exigir a tu empleador que te afilie a una Aseguradora de Riesgos Profesionales –ARP-, a la cual deberás reportar oportunamente cualquier enfermedad de tipo profesional y/o accidente laboral, para que dicha entidad se haga cargo del tratamiento necesario.
- Cuando tengas varios empleadores o recibas pensión por diferentes conceptos, deberás cotizar en una misma EPS y sobre la totalidad de los ingresos recibidos (pensiones o trabajos), hasta el tope máximo definido por la Ley (25 salarios mínimos legales mensuales vigentes). Asimismo, cuando tengas simultáneamente la calidad de empleado e independiente, deberás cotizar en forma proporcional a los ingresos percibidos en cada condición.

- Si afilias personas en calidad de beneficiarios adicionales, deberás pagar oportunamente el valor de la UPC (Unidad de Pago por Capacitación) que corresponda a cada uno de ellos y mantenerlos afiliados por el periodo mínimo que establece la Ley.
- Informar oportunamente y por escrito en los formatos que la EPS tenga establecidos, cualquier tipo de novedad como: cambio de domicilio, retiro o adición de beneficiarios, cambio en números de documentos de identidad de beneficiarios, fallecimientos, cambio de condición de beneficiarios dependientes.
- Permanecer afiliado en una misma EPS por un periodo mínimo de un año, contados desde la fecha en que hayas realizado la última inclusión de algún beneficiario.
- Informar al médico o institución tratante el origen real de la atención requerida. Por ejemplo; accidente de tránsito, accidente de trabajo, enfermedad profesional, enfermedad general.
- Presentar ante la EPS las sugerencias u opiniones verbales o escritas, que permitan garantizar que los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud se presten con calidad.

5. Periodos de carencia o periodos mínimos de cotización

Cualquier persona requiere 26 semanas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud para tener derecho a la prestación de los siguientes servicios: Aquellas definidas como tratamientos de alto costo. Las actividades, procedimientos o intervenciones para tratamientos quirúrgicos calificados como nivel 3 en el anexo 2 del Acuerdo 08 de 2009, a los afiliados se les contabilizará el tiempo total de afiliación en el Sistema de Seguridad Social, es decir la sumatoria de la permanencia tanto en el Régimen Subsidiado o en cualquier EPS del Régimen Contributivo, cuando el afiliado sujeto a periodos mínimos requiera ser atendido antes de los plazos, deberá pagar un porcentaje del valor total del tratamiento correspondiente al porcentaje en semanas de cotización que le faltan para completar los periodos mínimos. Cuando el afiliado cotizante no tenga capacidad de pago para cancelar el porcentaje establecido anteriormente y acredite debidamente esta situación, él y sus beneficiarios deberán ser atendidos por las IPS públicas o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato. Estas instituciones cobrarán una cuota de recuperación de acuerdo con las normas vigentes. Se exceptúan periodos mínimos de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud: el menor de un año, la atención inicial de urgencias y la atención del embarazo, parto, puerperio lactancia, en afiliados cotizantes y beneficiarios, así como las afecciones directamente relacionadas con estos eventos que pongan en riesgo la gestación y la viabilidad fetal.

6. Pagos Moderadores

Cuotas moderadoras

Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS.

El cobro de cuotas moderadoras se aplicará a los siguientes servicios: consulta médica, odontológica y paramédica, consulta médica especializada, medicamentos ambulatorios, laboratorio clínico (niveles 1 y 2 de complejidad), imágenes diagnósticas (niveles 1 y 2 de complejidad), atención de urgencias no vitales.

Copagos

Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema de salud. El carácter de copagos de los recursos que administran las EPS, el Estado definió los copagos como un mecanismo que ayuda a financiar el Sistema de Salud. Estos copagos se aplican con base en el nivel socioeconómico del afiliado cotizante, y sobre los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. Los beneficiarios del afiliado cotizante deberán cancelar copagos a todos los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud, con excepción de: servicios de promoción y prevención, programas de control en atención maternal infantil, programas de control en atención de las enfermedades transmisibles, enfermedades catastróficas o de alto costo, servicios por los cuales se paga cuota moderadora.

Aplicación de las cuotas moderadoras y copagos

Las cuotas moderadoras serán aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los copagos se aplicarán única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios. El Acuerdo 260 del 27 de febrero de 2004, por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Decreto por el cual se define el incremento anual del salario mínimo mensual legal vigente determinan el valor anual de los copagos y cuotas moderadoras. Consulte a partir del mes de enero en su IPS, página web y puntos de servicio los nuevos valores que aplicarán durante el año en curso.

7. Rete Prestadores de Servicios

La EPS COMFENALCO Antioquía ha contratado una amplia red de IPS, especialistas, profesionales, laboratorios entre otros para cumplir con el plan de beneficios del POS. Esta red la puedes conocer actualizada en nuestra página web www.epscmfenalcono.com.

8. Atención de urgencias

Se entiende por urgencia la alteración de la integridad física, funcional y psíquica por cualquier causa. Existen diversos grados de severidad que comprometen la vida o funcionalidad y que requieren la protección inmediata de servicios de salud con el fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. (Art. 8 del Acuerdo 08 de 2009)

En caso de una urgencia debes acudir a la IPS más cercana o a los lugares contratados por la EPS COMFENALCO Antioquía para la atención de estos casos.

Atención de urgencias en otras ciudades

La EPS COMFENALCO Antioquía tiene alianzas para la atención de sus afiliados en los casos de urgencias cuando se encuentren en las siguientes ciudades:

Bogotá Compensar: autorizaciones, teléfonos 428 58 80, 428 54 02, 428 05 82

Ext. 113 /Av. Calle 26 #66A-48
Caril COMFENALCO Valle: Conmutador: 886 27 27, 018000 91 34 88 – horario de oficina, Línea de urgencias, 24 horas 018000 93 85 65, Urgencias Comfenalco Valle, Calle 5 No. 6 – 63

Consulte la red general en la página web de la EPS:

http://www.comfenalcoantioquia.com/Portals/descargables/pdf/red_Atencion_Antioquia_Contributivo.pdf

9. Mecanismo de uso y acceso a los Servicios

El acceso a los servicios de salud lo puedes hacer de dos formas: por consulta externa de manera programada o a través del servicio de urgencias en forma directa sin programación, cuando la condición clínica del usuario así lo requiera porque su vida o integridad física están en peligro. Para mayor información sobre el acceso a nuestros servicios escríbanos comunicale con nuestra línea de la mano 01 8000 913202.
Primer Nivel de atención
Asignación de citas
Si requiere una cita con médico general u odontólogo debes proceder así: Si vives en Medellín, el Valle de Aburrá o Rionegro, llama al Contact Center: 514 66 67 Si vives en otros municipios comunícate con tu IPS asignada consulte red de servicios en www.epscmfenalcono.com Al momento de pedir tu cita, ten a mano: número del documento de identidad del cotizante o beneficiario, papel y lápiz para anotar la información que le sea suministrada.

Nivel Dos y Tres de Atención Electiva: estos niveles de atención comprenden los siguientes servicios: consultas con especialistas, exámenes especializados, cirugías, atención por enfermedades de alto costo. La remisión a estos servicios especializados puede ser solicitada por el usuario o la IPS donde es atendido por cualquiera de las siguientes vías:
Personalmente: en la IPS donde eres atendido, oficinas de Aseguramiento de la EPS COMFENALCO Antioquía en tu municipio.
Conoce el listado completo en www.epscmfenalcono.com.
Correo electrónico: autorizacionesselectivas.epscmfenalcono.com, Fax: 448 94 46

Requisitos para solicitud de servicios especializados: Para solicitar la atención de servicios especializados debes presentar completamente diligenciada la remisión médica o solicitud de autorización, la cual se especifica en el anexo técnico 3 (Resolución 3047 de 2008). Para los servicios no incluidos en el POS, además de los documentos anteriormente descritos se debe diligenciar por parte del profesional tratante el formato de solicitud y justificación de medicamentos, insumos y procedimientos NO POS (formato de CTC). Una vez llevado a cabo este trámite, la EPS iniciará el proceso para la respuesta a la solicitud de autorización del servicio en un plazo no mayor a 10 días hábiles. Dicha respuesta se informa al usuario y se envía al prestador que realizará la atención. Lo anterior sujeta al trámite definido en la Resolución 3047 de 2008.

10. Transporte y estadía para acceder a un servicio

Para garantizar la atención del paciente y en el caso que sea necesario, el POS contempla el transporte para el traslado interinstitucional dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos que por sus condiciones de salud y teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución donde están siendo atendidos. En las zonas donde se reconoce UPC diferencial mayor (por ejemplo Urabá), se cubrirá el servicio del paciente ambulatorio que de acuerdo con la cobertura requiera un servicio de cualquier complejidad no disponible en su municipio de residencia.

11. Condiciones para la Verificación de Derechos

La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual la Institución Prestadora de servicios de Salud identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad. Al presentar tu documento de identidad y carné de afiliado, el prestador de servicios de salud verificará tu inscripción en la base de datos. En ningún momento podrán pedirte copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

12. Servicios Administrativos de Contacto

Puede consultar el listado con las oficinas de atención al usuario, por ciudad y municipio en:
http://www.comfenalcoantioquia.com/Portals/descargables/pdf/servicios_Administrativos.pdf

13. Libre Elección del Prestador de Servicios de Salud

Nuestra EPS COMFENALCO Antioquía garantiza a sus afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes IPS, opciones de IPS, siempre y cuando se encuentren dentro de la Red contratada para la prestación de los servicios a nuestros afiliados. Cambio de EPS: En el momento que un afiliado desee cambiar de EPS, se deben tener en cuenta las siguientes circunstancias: por gusto (por ejemplo, el usuario desea ser atendido en un sitio cercano o una institución en particular a la cual le tiene confianza, o el médico tratante atiende en otra EPS). Para este caso, el cambio se puede realizar cada año, siempre y cuando cumpla requisitos de permanencia.

Por inadecuada prestación del servicio. El cambio se puede hacer en cualquier momento independiente del tiempo de afiliación. En estas circunstancias, el usuario exige la EPS de su preferencia y realiza por sus propios medios los trámites de afiliación. Cuando una persona comienza a trabajar debe informar al empleador la EPS en la cual desea ser afiliada; si no lo hace, su empleador le puede asignar la EPS y esta afiliación será válida por tres meses y podrá prorrogarse hasta un año si el trabajador no manifiesta otra decisión en ese período.

Cambio de Lugar de Atención - IPS: Cuando necesites realizar cambio de IPS, por cambio de dirección o municipio, deberás solicitarlo a través del Contact Center 444 12 64, directamente en la oficina de Aseguramiento EPS de tu municipio o al teléfono 510 83 12, anexando carta solicitud formal dirigida a la Unidad Operativa EPS.

Es un derecho de todos los usuarios de interactuar con los servidores de la salud en la organización, gestión, control, evaluación y mejoramiento en la prestación de los servicios en salud.

La Ley 100 de 1993, en su Artículo 156 establece en su literal h) que: "los afiliados podrán conformar alianzas o asociaciones de usuarios que los representen ante las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras del Servicio" Las modalidades de participación social consagradas en la ley son (Decreto 1757 de 1994):

14. Participación Social

Alianza liga o asociación de usuarios. Se define como una agrupación de afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tiene derecho a utilizar unos recursos de acuerdo con su sistema de afiliación y que velará por la calidad del servicio y la defensa del usuario. La EPS COMFENALCO Antioquía promueve mediante convocatoria pública la conformación de la Asociación de Usuarios a través de un medio de divulgación masiva. Igualmente los usuarios tienen la potestad de convocarla por iniciativa propia.

Audiencias Públicas: La EPS COMFENALCO Antioquía, una vez al año convoca, programa, organiza y desarrolla la rendición de cuentas a través de las Audiencias Públicas, en la que se te informa la gestión adelantada en la prestación del servicio, el manejo presupuestal, financiero y administrativo, los avances y los logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con las asociaciones respectivas.

Consultas ciudadanas: Es un espacio de interacción que promueve la Superintendencia Nacional de Salud Delegada, para la protección al usuario y la participación ciudadana, en donde todos los actores del sistema confluyen para dar a conocer propuestas de planes de mejoramiento en la prestación del servicio y/o irregularidades que se estén presentando en la gestión administrativa, presupuestal, disciplinaria y de funcionamiento, entre otras, que se encuentren vulnerando los derechos de los usuarios en salud. A estas consultas ciudadanas acuden obligatoriamente un representante de servicio al cliente de la EPS, solución definitiva a su petición.

Redes Sociales de apoyo: Es una estrategia nacional de articulación y comunicación que se da al interior y entre los municipios y departamentos del país con el fin de apoyar la gestión social que realizan los organismos gubernamentales, no gubernamentales y comunitarios.

Defensor del usuario: Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, en coordinación con la Defensoría del Pueblo, la implementación de la figura del Defensor del Usuario en Salud. El defensor del Usuario conforme al Artículo 42 de la Ley 1122 de 2007, dependerá de la Superintendencia Nacional de Salud y tendrá como función ser el vocero de los afiliados entre las respectivas EPS en cada departamento o en el Distrito Capital. Esta figura tramitará las quejas y reclamos relativos a la prestación de servicios de salud, para tal efecto conocerá, gestionará, y dará traslado a las instancias competentes y comunicará a los involucrados su gestión y solución.

Línea Atenta: 018000 427 111

Correo electrónico: contactoscomfenalcono.com

Fax: 410 05 85 33

Sede Administrativa y de Servicios Palacé, Medellín
Carrera 50 No. 53 -43 – Mezanine
Página web: www.epscmfenalcono.com

En nuestra página web encontrarás información relacionada con tu plan de beneficios, derechos y deberes y las actividades y recomendaciones para conservar y cuidar la buena salud tuya y de tu grupo familiar.

En otras ciudades: Regional Quindío, Armenia, Calle 2 Norte No. 18 - 209 Locales 7 y 8, teléfono 745 05 81 / Regional Santander, Bucaramanga, Carrera 34 No. 48-87 / Piso 2, teléfono 640 78 74 / Regional Córdoba, Montería, Calle 24 No. 13 - 80 Centro Comercial Isla Center Local D, teléfono 792 11 21

15. Solución de Conflictos

La Superintendencia Nacional de Salud tiene la facultad de actuar como ente conciliador, ya sea de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados, como también entre estos y los usuarios del sistema de salud en asuntos de: acceso a los servicios de salud, reclamaciones acerca del contenido del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, libre elección de EPS e IPS, movilidad dentro del sistema de salud, etc. Así mismo, la Superintendencia Nacional de Salud, tiene por disposición expresa de la Ley, la facultad de actuar como entidad jurisdiccional, lo que quiere decir que podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez. Esta intervención únicamente procede a petición de la parte y sobre los asuntos que de manera precisa indica el Artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, los cuales son:
a. Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado: cuando su negativa por parte de las EPS o entidades que se les asilimen, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario.
b. Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias, en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS, cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la EPS para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.
c. Conflictos que se susciten en materia de multifiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
d. Conflictos relacionados con la libre elección entre los usuarios y las aseguradoras y entre éstos y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

16. Inspección, Vigilancia y Control

Las entidades que realizan la vigilancia, inspección y control son:

Nacionales:

Ministerio de la Protección Social / www.minproteccionsozial.gov.co

Superintendencia Nacional de Salud / www.supersalud.gov.co

Instituto Nacional de Salud INS / www.ins.gov.co

Departamentales:

Dirección Seccional de Salud de Antioquía / www.dssa.gov.co

Municipales:

Direcciones locales de salud: la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones de inspección, vigilancia y control teniendo como base ejes del sistema tales como: financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación social, acciones y medidas especiales, información y focalización descritos en el Artículo 37 de la Ley 1122 del 2007.

CARTA DE DESEMPEÑO

1. Indicadores de Calidad de La EPS COMFENALCO Antioquía:

A continuación usted encontrará los indicadores de calidad que la EPS COMFENALCO Antioquía reportó en el 2009 a la Superintendencia Nacional de Salud. Para tener un parámetro de comparación, en las tablas podrá observar el valor promedio nacional de las demás EPS, el cual fue consolidado y reportado por el Ministerio de la Protección Social en el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud.

Indicador	Resultado	Media nacional
Oportunidad de la asignación de la cita en la consulta médica general	1,7 días	3,01 días
Oportunidad de la asignación de la cita en la consulta de medicina interna.	21,44 días	7,66 días
Oportunidad de la asignación de la cita en la consulta de ginecobstetricia.	5,77 días	7,66 días
Oportunidad de la asignación de la cita en la consulta de pediatría.	4,07 días	7,66 días
Oportunidad de la asignación de la cita en la consulta de cirugía.	22,86 días	7,66 días
Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S.	100 tutelas	3,269 tutelas
Oportunidad de entrega de medicamentos POS.	99,64%	90,91%
Oportunidad en la realización de cirugías programadas.	32,79 días	16,31 días
Oportunidad en la asignación de cita en consulta de odontología general.	4,41 días	6,55 días
Oportunidad en la atención en servicios de imagenología.	2,39 días	3,36 días
Oportunidad de la referencia en la EAPB.	5,84 horas	4,74 horas
Proporción de esquemas de vacunación adecuado en niños menores de un año.	48,31	26,18%
Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino.	91,14%	70,25%
Tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo en mayores de 65 años.	0,00	5,72
Tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo en menores de 5 años.	0,00	1,44
Razón de mortalidad materna	0,00	58,82
Tasa de satisfacción global.	81,42%	85,23%
Proporción de quejas resueltas antes de 15 días.	100,00%	87,80%
Tasa de traslados desde la EAPB.	3,16%	1,42%

2. Indicadores de Calidad de los IPS: En nuestra página web www.epscmfenalcono.com podrá encontrar los indicadores de calidad de las IPS que conforman la red de servicios de la EPS COMFENALCO Antioquía. Esta información corresponde al último reporte suministrado por el Ministerio de la Protección Social en su página de Internet (www.minproteccionsozial.gov.co).

3. Posición en el Ordenamiento de las EPS a nivel Nacional (Ranking)

Actualmente el Ministerio de la Protección Social se encuentra elaborando el ranking del año 2009, mediante el cual se mide el nivel de posicionamiento de las EPS y las IPS que hacen parte de su red de prestadores. Una vez el Ministerio de la Protección Social, publique esta información en su página web, la EPS COMFENALCO Antioquía, procederá a divulgarla a todos nuestros afiliados. Cualquier información adicional la puedes consultar en www.minproteccionsozial.gov.co/soacj

4. Acreditación

La acreditación es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del usuario en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin y su resultado es avalado por entidades de acreditación autorizadas para dicha función. La EPS COMFENALCO Antioquía dentro de su red prestadores de salud cuenta con los servicios de algunas de las instituciones que están acreditadas, las cuales son: Hospital Pablo Tobón Uribe (Medellín), Clínica del Rosario, Sede Villa Hermosa (Medellín), Hospital General de Medellín, Hospital del Sur (Itagüé), Instituto del Corazón (Bucaramanga).

5. Comportamiento como Pagador

Por disposiciones del Ministerio de la Protección Social, Coordinación Grupo de Calidad, las EPS del país estamos a la espera del indicador financiero para hacer el reporte de la información requerida en el Artículo 5, numeral 5.5 de la Resolución 1817 de 2009.

6. Sanciones

En este último año a la EPS COMFENALCO Antioquía le fue impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud, una sanción por incumplimiento de las instrucciones impartidas por la Circular Externa N° 137 de 2002, al no ser aclaradas o soportadas las irregularidades en el envío de la información.

Departamentales:

Dirección Seccional de Salud de Antioquía / www.dssa.gov.co

Municipales:

Direcciones locales de salud: la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones de inspección, vigilancia y control teniendo como base ejes del sistema tales como: financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación social, acciones y medidas especiales, información y focalización descritos en el Artículo 37 de la Ley 1122 del 2007.

Instrucciones de diligenciamiento formulario único de afiliación y novedades a la EPS

Diligencie el formulario en letra imprenta, legible, clara, sin borrones ni tachones. Datos, firmas y huellas, en tinta negra. Diligencie en cada casilla una letra, número, cruz o caracter, sin salirse de la cuadrícula y sin tocar los contornos. Use siempre mayúsculas. Los datos se deben diligenciar como aparecen en el documento de identidad. Los campos sombreados son para diligenciamiento del asesor o la EPS.

0. Fecha de radicación: corresponde a la fecha de radicación del formulario.

I. Tipo de trámite:

Marque con una X el tipo de trámite que va a realizar **A. Afiliación** o **B. Novedad**.

A. Para afiliaciones

1. Tipo de afiliación: marque con una X el tipo de afiliación, individual (Si la afiliación se hace directamente por iniciativa del cotizante con la EPS) o colectiva (Si la afiliación se hace por medio de una agrupadora autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud).

2. Clase de afiliación: marque con una X la clase de afiliación, **(Nuevo)** Usuario que ingresa por primera vez al SGSSS o se retiró hace más de 6 meses de la EPS; **(Reingreso)** Usuario con retiro e ingreso en el mismo mes o durante el mes inmediatamente anterior. **(Reintegro)** Usuario retirado entre dos y seis meses, **(Traslado)** Usuario trasladado de otra EPS.

3. Tipo de cotizante: diligencie el código de acuerdo con la siguiente tabla:

Cotizantes

Cód.	Dependiente	Cód.	Independiente	Cód.	Pensionado
01	Empleado	03	Independiente	06	Vejez / Invalidez
02	Servicio doméstico	05	Contratista	07	Sustitución
04	Madre comunitaria	12	Aprendiz Sena etapa lectiva		
18	Funcionario público sin tope máximo IBC	15	Desempleado con subsidio de Caja de Compensación F.		
19	Aprendiz Sena en etapa productiva	16	Agremiado		
22	Profesor establecimiento particular	20	Estudiantes (Rég. Especial Ley 789/2002)		
30	Entidades o universidades públicas con régimen especial en salud	21	Estudiantes de postgrado en salud		
31	Cooperativa de Trabajo Asociado	41	Cotizante sin ingresos con pago por tercero		
32	Cotizante miembro de la carrera diplomática o consultor de un país extranjero o funcionario de organismo multilateral no sometido a legislación colombiana	42	Cotizante solo salud Art. 2 Ley 1250 de 2008		
33	Beneficiario fondo de solidaridad pensional	43	Cotizante no obligado a cotizar a pensiones con pago por tercero Literal e) del parágrafo 1 del Art. 15 de la Ley 100 de 1993 Mozart 3 Ley 797 de 2003		
34	Concejal amparado por póliza en salud				
44	Empleo de emergencia Decreto 016 de 2011				

II. Datos cotizante

4. Nombres y apellidos completos: diligencie según el orden establecido.

5. TD: diligencie el tipo de documento del cotizante:

1	Cédula de ciudadanía	2	NIT
3	Tarjeta de identidad	4	Cédula de extranjería
5	Pasaporte	6	Carné Diplomático
7	Registro civil	8	NUIP
9	MSI		

6. No. de identificación: diligencie el número de documento de identificación.

7. Fecha de nacimiento: diligencie los datos de la fecha de nacimiento en números

8. Sexo: diligencie **(F)** si es femenino; **(M)** si es masculino.

9. Estado civil: diligencie el estado civil de acuerdo a las siguientes siglas:

SO	Soltero(a)	CA	Casado(a)	UL	Unión libre
SE	Separado(a)	VI	Viudo(a)		

10. Tipo de discapacidad: si presenta alguna discapacidad diligencie la letra correspondiente:

F	Física	N	Neuro-Sensorial	M	Mental
---	--------	---	-----------------	---	--------

11. Nombre de IPS: diligencie el nombre de la IPS donde desea ser atendido.

12. Código de IPS: diligencie el código de la IPS según la **tabla 2. Códigos de IPS**

13. Dirección de residencia: diligencie la dirección de residencia del cotizante sin abreviaturas.

14. Barrio: diligencie el barrio que corresponde a la dirección de residencia del cotizante

15. Zona: diligencie **U** si es urbana o **R** si es rural.

16. Ciudad/Municipio: diligencie el nombre de la ciudad o municipio.

17. Código de ciudad/municipio: diligencie de acuerdo con la **tabla 3. Códigos de ciudad/municipio**.

18. Departamento: diligencie el departamento.

19. Teléfono: diligencie el número de teléfono de residencia del cotizante.

20. Celular: diligencie el número de celular del cotizante.

21. Correo electrónico: diligencie el correo electrónico del cotizante.

22. EPS anterior: diligencie el campo con el nombre de la última EPS a la cual estuvo afiliado(a).

23. Código EPS anterior: diligencie el código de la EPS de acuerdo con la **tabla 1. Códigos de EPS**.

24. Mes de aporte: diligencie primer mes de aporte por este trabajador, tenga en cuenta lo estipulado en el decreto 1406 de 1999 Art. 20, 21 y 24.

III. Información de beneficiarios

Nota: siempre diligencie en la primera línea los datos del cónyuge o compañero(a), posteriormente los demás beneficiarios.

25. TD: diligencie el tipo de documento del beneficiario según tabla del numeral 5 de este instructivo.

26. No. de identificación: diligencie el número de documento de identificación completo.

27. Nombres y apellidos completos: diligencie según el orden

Grupo Familiar			
Cód.	Parentesco	Cód.	Parentesco
CY	Cónyuge	AB	Abuelo
HI	Hijo	TI	Tío
PA	Padre	SO	Sobrino
SU	Suegro	BI	Bisnieto
HN	Hermano	BS	Bisabuelo
NI	Nieto	BV	Beneficiario sin vínculo

30. Fecha de nacimiento: diligencie los datos de la fecha de nacimiento.

31. Nivel educativo: diligencie el máximo nivel educativo alcanzado:

0	Sin nivel educativo	1	Primaria	2	Secundaria
3	Técnico y tecnólogo	4	Superior	5	Especialización

32. EPS anterior: diligencie el campo con el nombre de la última EPS a la cual estuvo afiliado(a) el beneficiario(a).w

33. Código EPS anterior: diligencie el código de la EPS de acuerdo con la **tabla 1. Códigos de EPS**.

34. UPC: marque con una X, si el beneficiario que esta relacionado en la línea es beneficiario UPC adicional.

35. Tipo de discapacidad: si presenta alguna discapacidad diligencie con la letra correspondiente, según tabla del numeral 10 de este instructivo.

36. Dirección de residencia: diligencie la dirección de residencia del Beneficiario sin abreviaturas, "sólo si es diferente a la del cotizante"

37. Barrio: diligencie el barrio de residencia que corresponde a la dirección registrada del beneficiario.

38. Zona: diligencie **U** si es urbana o **R** si es rural.

39. Teléfono: diligencie el número de teléfono de residencia del beneficiario "solo si es diferente al del cotizante"

40. Ciudad/Municipio: diligencie el nombre de la ciudad o municipio de residencia del beneficiario.

41. Departamento: diligencie el departamento en el que se ubica el municipio.

42. Nombre de la IPS: diligencie la IPS de su elección.

43. Código IPS: diligencie código de IPS según **tabla 2. Códigos IPS**.

44. Clase de afiliación Beneficiarios: marque con una X la clase de afiliación de cada beneficiario, de la misma forma del numeral 2.

IV. Información para beneficiarios UPC adicional

Si es adición de UPC adicional marque en **B. Adición**. Diligencie numeral II. los datos del cotizante y en III. diligencie los datos del beneficiario UPC, marque con una X en el numeral 34.

Si la UPC no es adición y se radica al mismo tiempo con la afiliación del cotizante, registre en III. los datos del beneficiario UPC y marque con X en el numeral 34.

45. UPC adicional: marque con una X el número de beneficiario (B2, B3, B4) donde relacionó el beneficiario que afiliará en cada de UPC adicional, y diligencie la fecha de inicio de vigencia y valor de la UPC adicional.

V. Información del empleador y/o entidad pensionadora

46. TD: marque el tipo de documento del empleador según tabla del numeral 5 de este instructivo.

47. No. de identificación: diligencie el número de identificación completo del empleador o pagador de pensión.

48. DV: diligencie el dígito de verificación.

49. Nombre o razón social: diligencie el nombre de la empresa o el nombre completo de la entidad pensionadora.

50. Dependencia: diligencie la dependencia si la empresa solicitó creación de dependencias.

51. Centro de costo: indique centro de costo asociado a la dependencia.

52. ARP: relacione la Administradora de Riesgos Profesionales a la cual está afiliada la empresa.

53. AFP: relacione la Administradora de Fondos de Pensiones a la cual está afiliado el empleado.

54. Dirección empresa: diligencie la dirección donde labora el empleado.

55. Ciudad empresa: diligencie la ciudad que corresponde a la dirección donde labora el empleado.

56. Teléfono empresa: diligencie el teléfono de la sucursal donde labora el empleado.

57. Fecha Ingreso a la empresa: diligencie la fecha en números.

58. Tipo de salario: marque tipo de salario del cotizante:

1	Integral	2	Fijo	3	Variable
---	----------	---	------	---	----------

59. Cargo: diligencie el cargo que desempeña el empleado.

60. Código cargo: diligencie según **tabla 4. Códigos de cargos**.

61. Ingreso base de cotización o mesada pensional: diligencie en la casilla la cifra correspondiente al salario base mensual del empleado o la mesada del pensionado.

62. Número afiliación al ISS: si es pensionado del ISS diligencie el No. de afiliación (el número se encuentra en el recibo de la mesada pensional).

VI. Información trabajador independiente o contratista

63. Vivienda: diligencie el código correspondiente, según el caso:

1	Propia	2	Arrendada	3	Otra (familiar)
---	--------	---	-----------	---	-----------------

64. Nivel educativo: diligencie el máximo nivel educativo alcanzado, según tabla del numeral 31 de este instructivo.

65. Posición ocupacional: patrono (3) cuando se tienen trabajadores a cargo; Cuenta propia (4).

66. Productor agropecuario: diligencie **S** (SI), cuando sus ingresos derivan o provienen en forma directa de la producción agropecuaria, de lo contrario **N** (NO).

67. Actividad económica: diligencie la actividad económica a la que se dedica según **tabla 5. códigos de actividad económica**.

68. AFP: diligencie la Administradora de Fondos de Pensiones a la cual está afiliado, si no se encuentra afiliado, diligencie ninguna.

69. ARP: diligencie la Administradora de Riesgos Profesionales a la cual está afiliado, si no se encuentra afiliado diligencie ninguna.

70. Ingreso base de cotización: diligencie el valor mensual de cotización.

71. Cotización: diligencie el valor a cancelar mensualmente.

72. Información exclusiva contratista: indique la fecha de inicio del contrato de prestación de servicios.

VII. Declaraciones juramentadas

En caso de requerir declaración de dependencia económica o declaración juramentada de convivencia, diligencie estos campos y marque con una X según corresponda.

VIII. Observaciones y anexo.

73. Observaciones: use este campo para el registro de **B. Novedades**, o si requiere escribir información adicional.

74. Documentos recibidos: registre la cantidad y tipo de documentos recibidos de cada afiliado en la línea correspondiente, según **tabla No. 6. Códigos soportes 1703**.

IX. Indicaciones (ESTOS CAMPOS SON DE DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO NO PUEDEN ESTAR EN BLANCO)

Lea con atención cada una de las autorizaciones y declaraciones. Marque en el cuadro **S** (Si) o **N** (No).

75. Firma del cotizante y documento de identidad: registre la firma y número de documento de identidad del cotizante.

76. Firma y sello del empleador: registre la firma de la persona a quien el empleador autoriza como responsable de la información contenida en el formato. En el caso de ser pensionado no diligencie este espacio.

77. Espacio para sello de radicado: campo para el sello de recibido. Es de uso exclusivo de cada EPS

78. Código de asesor: diligencie el código del colaborador de ventas.

B. Para novedades

Si usted a marcado X en B. Novedad.

Adición: marque una X en este campo en caso de adicionar beneficiarios a su grupo familiar.

Código de novedad: diligencie en el numeral I. campo **B.** el código de novedad, si la novedad aplica para el cotizante o en el numeral III. campo **C.** si la novedad es para alguno de los beneficiarios de acuerdo a la siguiente tabla:

Cód.	Novedad	Cód.	Novedad
01	Adición de beneficiarios	12	Modificación IBC
08	Corrección de nombres o apellidos	13	Unificación de grupo familiar
09	Cambio o corrección de identificación	15	Cambio de cabeza familia
10	Actualización de dirección	16	Retiro por fallecimiento
11	Actualización de teléfono	18	Retiro beneficiarios

Si la novedad a realizar es:

01. Adición de beneficiarios: diligencie completamente el numeral III. Información de beneficiarios y código de la novedad según tabla de novedades.

08. Corrección de nombres o apellidos: para corrección de nombre(s) o apellido(s) diligencie los datos correctos con el respectivo código de novedad en el numeral I. campo **B.** para cotizante y en el numeral III. campo **C.** para beneficiarios. No olvide indicar nombres o apellidos con los que registra actualmente el cotizante y/o beneficiario a corregir en base de datos de la EPS en el numeral 73 de observaciones. Anexe copia del documento de identificación correspondiente a la corrección.

09. Cambio o corrección de identificación: para corrección de identificación diligencie la correcta con código de novedad en el numeral I. campo **B.** para cotizante, en el numeral III. campo **C.** para beneficiarios. No olvide indicar número de identificación con el que registra actualmente el cotizante y/o beneficiario a corregir en la base de datos de la EPS en el numeral 73 de observaciones. Anexe copia del documento de identificación.

10. Actualización de dirección: diligencie la dirección a modificar en el numeral II. con el respectivo código de novedad en el numeral I. campo **B.** para cotizante y en el numeral III. campo **C.** para beneficiarios.

11. Actualización de teléfono: diligencie el teléfono a modificar en el numeral II. con el respectivo código de novedad en el numeral I. campo **B.** para cotizante y en el numeral III. campo **C.** para beneficiarios.

12. Modificación de IBC: en el numeral VI. campo 70 escriba el nuevo ingreso base de cotización (IBC). Con el código de la novedad en el numeral I. datos del cotizante campo **B.**

13. Unificación de grupo familiar: en el numeral III. en el campo **B1** cónyuge o compañero(a), diligencie los datos completos del compañero(a) y/o cónyuge con el código de novedad en el campo **C.** Anexe copia del registro civil del matrimonio y/o declaración extrajurídica de convivencia.

15. Cambio de cabeza de familia: en el numeral III. en el campo **B1** cónyuge o compañero(a), diligencie los datos completos del nuevo cabeza de familia con el código de novedad en el campo **C.**

16. Retiro por fallecimiento: si el fallecimiento es del cotizante diligencie el numeral I. campo **B.** Si el fallecimiento es de un beneficiario diligencie los datos del numeral III. campo **C.** indique fecha de fallecimiento en el numeral 73 observaciones. Anexe registro de defunción

18. Retiro beneficiarios: diligencie en el numeral III. los datos del beneficiario a retirar con el código de novedad en el campo **C.** Escriba el motivo del retiro en el numeral 73. observaciones. anexe documento soporte.

Para cualquier inquietud sobre el diligenciamiento del formulario, documentos reglamentarios vigentes para la afiliación de cotizante y/o beneficiarios y carta de derechos de los afiliados y de los pacientes ingrese a la página web o comuníquese a la Central Telefónica.