|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PROCESO:** GESTIÓN DE SALUD | **Código:**FOR-66-PRO-GS-03 |  |
| **Versión:** 03 |
| **FORMATO:** AFILIACION OFICIOSAPARA NO AFILIADO Y AFILIADOS CON NOVEDAD Y POBLACIÓN POBRE NO AFILIADA | **Fecha:** 11/08/2021 |
| **Página:** 1 de 1 |

# Ciudad: Ibagué, Tolima. Fecha / /

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DOC** | **NUMERO DOCUMENTO** | **NOMBRE COMPLETO** | **FECHA NACIMIENTO** |
|  |  |  | DD / MM / AAAA |
|  |  |  | DD / MM / AAAA |
|  |  |  | DD / MM / AAAA |

Yo, Identificado como aparece al pie de mi firma e integrante del núcleo familiar antes descrito y según lo establecido en el decreto 0064 del 20 de enero de 2020 del Ministerio de Salud en su artículo 4 mediante el cual se adiciona al artículo 2.1.5.4 Afiliación de oficio del decreto 780 de 2016, declaro que:

* + - * 1. Cuento con un documento válido en Colombia de acuerdo a la circular externa 000024 del 6 de septiembre de 2019 y no cumplo con las condiciones para cotizar por lo tanto no puedo pertenecer al régimen contributivo.
				2. Que a partir de la fecha de registro en el Sistema de Información Transaccional y en caso no haber sido aplicada la encuesta SISBEN o no pertenecer a alguna población especial de las señaladas en el artículo

2.1.5.1 del presente Decreto, cuento con un plazo no mayor a cuatro (4) meses para acreditar todos los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado, si por alguna razón el municipio de Ibagué no puede aplicar la encuesta *SISBEN, el* plazo de que trata el presente artículo se contara a partir de la disponibilidad de la encuesta, en caso de incumplir, autorizo al Ente territorial a reportar la novedad de terminación de la afiliación.

* + - * 1. ¿Tiene un tipo de discapacidad? \_\_SI \_\_ \_\_NO\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
				2. Seleccione la EPS en la cual, desde realizar la afiliación, NUEVA EPS\_\_\_, MALLAMAS\_\_\_, PIJAOS SALUD\_\_\_\_, de no hacerlo el sistema de afiliación transaccional seleccionara la EPS que tenga mayor cobertura en la jurisdicción, la entidad territorial informara en que EPS quedo inscrito, sin embargo, el usuario podrá ejercer el derecho de libre escogencia de EPS, dentro de los noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de inscripción.

En Constancia Firmo (En caso de menor de edad, firma del adulto responsable),

|  |  |
| --- | --- |
| Firma: |   |
|
| Nombre: |   |
| Documento Identidad: |   |
| Dirección de Contacto: |   | Barrio / Vereda |   |
| Teléfono Fijo: |   | Celular |   |
| Correo Electrónico: |   |

|  |
| --- |
| **Espacio Exclusivo para la Secretaria de salud de Ibagué** |
| La información Contenida en éste formato es validada en el sistema de Información Amisalud de la Secretariade Salud municipal. |
| **Id de registro****Amisalud** |  | **Fecha** / /  | **Condición para afiliación**No Afiliado Afiliado con Novedad  |
| **Validado por** |  | **Firma** |  |

*"De acuerdo a la Ley 1581 de 2012 y Decretos reglamentarios la Entidad Alcaldía de Ibagué Secretaria de Salud utilizará esta información para garantizar el aseguramiento al sistema de salud y los datos se manejarán de acuerdo a la política de protección de datos personales, la cual se puede ubicar en el link de https://*[*www.ibague.gov.co/portal/admin/archivos/publicaciones/2018/22249-DOC-20181110.pdf*](http://www.ibague.gov.co/portal/admin/archivos/publicaciones/2018/22249-DOC-20181110.pdf) *del portal* [*www.ibague.gov.co*](http://www.ibague.gov.co/)*".*

Calle 60 N° 2-30 Etapa I Barrio Jordán Teléfono (8) 2740442 - 2747610 -2747800

E-mail: aseguramiento@ibague.gov.co

Código Postal: 730006