|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO-DOC** | **NUM. DOCUMENTO** | **NOMBRE COMPLETO** | **FECHA NACIMIENTO** | **FECHA EXPED. DOC.** |
|  |  |  | DD / MM / AAAA | DD / MM / AAAA |
|  |  |  | DD / MM / AAAA | DD / MM / AAAA |
|  |  |  | DD / MM / AAAA | DD / MM / AAAA |

Ibagué, DD / MM / AAAA

Yo, Identificado como aparece al pie de mi firma y cabeza de familia e integrante del núcleo familiar antes descrito y según lo establecido en el decreto 0616 de 2022 del Ministerio de Salud en su artículo 2.1.5.1.4 mediante el cual se modifica 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.
2. Que a partir de la fecha de registro en el Sistema de Información Transaccional SAT y en caso no haber sido aplicada la encuesta SISBEN o no pertenecer a alguna población especial de las señaladas en el artículo 2.1.5.3.1 del Decreto 616/2022, cuento con un plazo de 5 días hábiles para solicitar la aplicación de la ficha de caracterización socioeconómica del Sisbén, o el que haga sus veces, ante la entidad territorial, y en 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, y Vencidos los cuatro (4) meses sin que se le haya aplicado la ficha de caracterización socioeconómica del Sisbén o el que haga sus veces autorizo al Ente territorial a reportar la novedad de terminación de la afiliación de oficio en los términos del numeral 9 del artículo [2.1.3.17 d](http:2.1.3.17)el decreto 616/2022.
3. Tiene condiciones para cotizar: **SI \_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_**
4. Se encuentra clasificado de acuerdo con la última metodología vigente del SISBEN, SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_ Clasificación \_\_\_\_\_\_\_\_, si me encuentro clasificado en el grupo **D\_\_\_\_,** se registrará en el Sistema de Afiliación Transaccional y se inscribirá a una EPS del Régimen Subsidiado autorizada para operar en el municipio de Ibagué y el Ente territorial informa que a partir de la fecha de afiliación deberá realizar la compensación solidaria de forma mensual establecida en el Decreto 616/2022 por cada integrante mayor de edad del grupo familiar, según lo establecido en el articulo 2.1.5.2.3. del Decreto 616/2022.
5. Tiene un tipo de discapacidad permanente: **SI \_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_**
6. Es jefe de Hogar **SI \_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_**
7. Seleccione la EPS en la cual, desde realizar la afiliación, **NUEVA EPS\_\_\_, 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.
8. Declaración de no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción, de cualquier miembro del grupo familiar **SI\_\_\_NO\_\_\_**
9. 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 **SI\_\_\_ NO \_\_\_**
10. Autorización para que la EPS reporte la información que genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y las entidades públicas que por sus funciones la requieran **SI\_\_NO\_\_.**
11. 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 **SI \_\_\_NO\_\_\_.**
12. Autorización EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensajes de texto **SI\_\_NO\_\_.**
13. Manifiesto la veracidad de la información registrada y en las declaraciones contenidas en el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema General de Riegos Laborales **SI\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. Documento |  | Nombre |  |
| Barrio/Vereda |  | Dirección |  |
| Teléfono Fijo |  | Teléfono Móvil |  |
| Correo Electrónico |  | | |
| 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 del portal www.ibague.gov.co.*