

**ALCALDÍA DE BARRANQUILLA**  
**AFILIACIÓN RÉGIMEN SUBSIDIADO - IPS**



Ficha Sisben

| Tipo Doc | Documento | 1er Apellido | 2o Ape | 1er Nom | 2o Nom | Fecha Nac. |
|----------|-----------|--------------|--------|---------|--------|------------|
|          |           |              |        |         |        |            |
|          |           |              |        |         |        |            |
|          |           |              |        |         |        |            |
|          |           |              |        |         |        |            |

**EPS-S**

|                       |                          |                  |                          |                    |                          |                   |                          |
|-----------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| <b>BARRIOS UNIDOS</b> | <input type="checkbox"/> | <b>COMPARTA</b>  | <input type="checkbox"/> | <b>HUMANAVIVIR</b> | <input type="checkbox"/> | <b>SELVASALUD</b> | <input type="checkbox"/> |
| <b>CAJACOPI</b>       | <input type="checkbox"/> | <b>COOSALUD</b>  | <input type="checkbox"/> | <b>MUTUALSER</b>   | <input type="checkbox"/> | <b>SOLSALUD</b>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>CAPRECOM</b>       | <input type="checkbox"/> | <b>EMDISALUD</b> | <input type="checkbox"/> | <b>SALUDVIDA</b>   | <input type="checkbox"/> |                   |                          |

ACUERDO 415 DE 2009, Artículo 19, Numeral 3: "La población elegible no afiliada del municipio o Distrito, deberá presentarse ante la EPS-S de su elección que se encuentre autorizada para operar en la región o ante el operador que administre la afiliación única electrónica, según la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social, con los documentos de identificación de la persona y de su núcleo familiar, de ser el caso y manifestar su intención de afiliarse."

Declaración Jurada: Artículo 172 Código Penal, bajo gravedad de juramento declaro que NO estoy afiliado a otra EPS del Régimen Subsidiado o Contributivo.

**EL DOBLE DILIGENCIAMIENTO DE ESTE TARJETON ANULA LA AFILIACION**

FECHA:

NOMBRE IPS:

FUNCIONARIO IPS:

CC:

FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO O RESPONSABLE

CONSECUTIVO IPS: