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

Alian Salud eps

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación: 5417922

Fecha de Radicación: 26 08 2021

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual — Cotizante o Cabeza de Familia [X] / Beneficiario o Afiliado Adicional [ ] — B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] Código (a registrar por la EPS): [ ]

A. AFILIACION

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Pastor	Segundo Apellido: Camargo	Primer Nombre: Maria	Segundo Nombre: Ximena

7. Tipo de Documento de Identidad: CC — 8. No. de Documento de Identidad: 1078371157 — 9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ] — 10. Fecha de Nacimiento: 30 04 1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia: [ ] [ ] — 12. Discapacidad: Tipo F [ ] N [ ] M [ ] Condición T [ ] P [ ] — 13. Puntaje SISBEN: [ ] — 14. Grupo de Población Especial: [ ] [ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: — 16. Administradora de Pensiones: ColPensiones — 17. Ingreso Base de Cotización -IBC: 908.526

18. Residencia

Dirección: Cra 5 #21-38 Apt 603 — Tel. Fijo: — Tel. Celular: 3227029935 — Correo Electrónico: lilianapastorc@gmail.com

Ciudad/Municipio: Bogota — Zona U [X] R [ ] — Localidad / Comuna: Santa fé — Departamento: Cundinamarca.

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de Documento de Identidad: [ ] [ ] — 21. No. de Documento de identidad: — 22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] — 23. Fecha de Nacimiento: DD MM AAAA

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	Pastor	Camargo	Maria	Ximena
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número Documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de Nacimiento
B1	CC	1078371157	Femenino [X] Masculino [ ]	30 04 1996
B2			Femenino [ ] Masculino [ ]	DD MM AAAA
B3			Femenino [ ] Masculino [ ]	DD MM AAAA
B4			Femenino [ ] Masculino [ ]	DD MM AAAA
B5			Femenino [ ] Masculino [ ]	DD MM AAAA

Datos Complementarios

	29 Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición
B1	Contratante		F [ ] N [ ] M [ ]	T [ ] P [ ]
B2			F [ ] N [ ] M [ ]	T [ ] P [ ]
B3			F [ ] N [ ] M [ ]	T [ ] P [ ]
B4			F [ ] N [ ] M [ ]	T [ ] P [ ]
B5			F [ ] N [ ] M [ ]	T [ ] P [ ]

32. Datos de Residencia

	Municipio / Distrito	Zona	Departamento	Tel. Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1	Bogota	Urbana [X] Rural [ ]	Cundinamarca	3227029935	
B2		Urbana [ ] Rural [ ]			
B3		Urbana [ ] Rural [ ]			
B4		Urbana [ ] Rural [ ]			
B5		Urbana [ ] Rural [ ]			

Seleccion de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de salud -IPS

		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		50592
B		
B		
B		

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 — 36. Tipo de Documento de Identificación — 37. No. de Documento de identificación

38. Tipo de Aportante o Pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: Dirección — Teléfono — Correo Electrónico — Municipio/Distrito — Departamento

Scanned by TapScanner

No. de Radicación
5417922

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Correción datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y correción de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de Beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de Beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 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 afiliciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad:
  A) Régimen Contributivo [ ] B) Régimen Subsidiado [ ]
- [ ] 14. Traslado:
  A) Mismo Régimen [ ] B) Diferente Régimen [ ]
- [ ] 15. Reporte fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE NOVEDAD

41. Datos Básicos de Identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad			No. de Documento de Identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de Nacimiento DD MM AAAA	42. Fecha DD MM AAAA

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 fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 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.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 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.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

3:00Pm

Vc

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: [ ]
- [ ] 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. Certificacion 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 beneficiarios o se ordene la afiliacion de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial				67 Datos del SISBÉN					68. Fecha de radicación			69. Fecha de validación		
Código del Municipio		Código del Departamento		Número de Ficha		Puntaje		Nivel	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad				No. de Documento de identidad

71. Firma del Funcionario
1026270927.

Observaciones: Usuario Con Plan Zafiro Elite

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta le veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capitulo VII del formulario.

Scanned by TapScanner

Aliansalud eps

DECLARACIÓN ESTADO DE SALUD POS

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE LAS PREGUNTAS

(Marque con una X la respuesta correcta)

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN COTIZANTE	NÚMERO FUAI	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	Nº BENEFICIARIOS
CC 1078371157	5417922	2021 08 26	1

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES
Pastor	Camargo	Maria Ximena

No. DE CELULAR COTIZANTE	CORREO ELECTRÓNICO COTIZANTE
3227029935	TilianaPastorc@gmail.com

IMPORTANTE! CONTESTE CADA UNA DE LAS PREGUNTAS TENIENDO EN CUENTA QUE EL NÚMERO DE BENEFICIARIO CORRESPONDA AL REGISTRADO EN EL FORMULARIO DE AFILIACIÓN

Según lo relacionado en el numeral 9, del artículo 14, del Decreto 1485 de 1994 el afiliado que haga uso de los servicios organizados por las Entidades Promotoras de Salud para atender esta clase de procedimientos de alto costo deberá permanecer, salvo mala prestación del servicio, por lo menos dos años después de culminado el tratamiento en la respectiva Entidad Promotora de Salud.

En el literal A, ALTO COSTO RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, del Artículo 126 de la Resolución 5521 del 27 de diciembre de 2013, se encuentran listadas las enfermedades consideradas como de "alto costo", relacionadas a continuación entre los numerales 1.1 al 1.11, inclusive.

1. ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

Responda las siguientes preguntas según sus antecedentes médicos y actual estado de salud.	COTIZANTE	BENEF. 1	BENEF. 2	BENEF. 3	BENEF. 4	BENEF. 5
1.1 ¿HA TENIDOTRASPLANTE RENAL, CORAZÓN, HÍGADO, MÉDULA ÓSEA O CÓRNEA?	SI☐ NO☒ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:
1.2 ¿HA TENIDO DIÁLISIS PERITONEAL O HEMODIÁLISIS?	SI☐ NO☒ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:
1.3 ¿HA TENIDO CIRUGÍA PARA ENFERMEDADES DEL CORAZÓN?	SI☐ NO☒ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:
1.4 ¿HA TENIDO CIRUGÍA PARA ENFERMEDADES EN CRÁNEO, CEREBRO O EN LA MÉDULA ESPINAL?	SI☐ NO☒ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:
1.5 ¿HA TENIDO CIRUGÍA PARA EL REEMPLAZO DE ALGUNA ARTICULACIÓN (EN BRAZOS, PIERNAS CADERA O COLUMNA?	SI☐ NO☒ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:
1.6 ¿HA SUFRIDO QUEMADURAS POR ENCIMA DEL 20% DE LA SUPERFICIE CORPORAL? (Manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado)	SI☐ NO☒ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:
1.7 ¿HA SUFRIDO TRAUMA CONSIDERADO MÉDICAMENTE COMO GRAVE O QUE HAYA INCLUIDO MANEJO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS? (Manejo del trauma mayor)	SI☐ NO☒ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:
1.8 ¿TIENE INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL VIH O SIDA?	SI☐ NO☒ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:
1.9 ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA O RADIOTERAPIA PARA EL CÁNCER?	SI☐ NO☒ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:
1.10 ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)?	SI☐ NO☒ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:
1.11 ¿HA TENIDO CIRUGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS? (Enfermedades presentes desde el nacimiento?	SI☐ NO☒ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Cuál: Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:

2. OTRAS ENFERMEDADES

¿USTED HA PADECIDO O PADECE DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?	COTIZANTE	BENEF. 1	BENEF. 2	BENEF. 3	BENEF. 4	BENEF. 5
2.1 DIABETES MELLITUS	SI☐ NO☒ Fecha diagnóstico:	SI☐ NO☐ Fecha diagnóstico:	SI☐ NO☐ Fecha diagnóstico:	SI☐ NO☐ Fecha diagnóstico:	SI☐ NO☐ Fecha diagnóstico:	SI☐ NO☐ Fecha diagnóstico:
2.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI☐ NO☒	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐
2.3 ENFERMEDAD RENAL	SI☐ NO☒	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐
2.4 LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	SI☐ NO☒	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐
2.5 ARTRITIS REUMATOIDEA	SI☐ NO☒	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐
2.6 HEMOFILIA	SI☐ NO☒	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐

SIC205/1214-15293

Scanned by TapScanner

¿USTED HA PADECIDO O PADECE DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?	COTIZANTE	BENEF. 1	BENEF. 2	BENEF. 3	BENEF. 4	BENEF. 5
2.7 INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	SI☐ NO☒ Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:
2.8 ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA EL CÁNCER?	SI☐ NO☒ Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:	SI☐ NO☐ Fecha procedimiento: Fecha terminación tratamiento:
2.9 ENFERMEDADES INFECCIOSAS	SI☐ NO☒	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐
3. MEDICAMENTOS PARA LA ENFERMEDAD						
3.1 ¿ACTUALMENTE ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTOS PARA SU ENFERMEDAD?	SI☐ NO☒ Cuales:	SI☐ NO☐ Cuales:	SI☐ NO☐ Cuales:	SI☐ NO☐ Cuales:	SI☐ NO☐ Cuales:	SI☐ NO☐ Cuales:
4. FACTORES DE RIESGO EN SALUD						
4.1 ¿PRESENTA HINCHAZÓN EN LOS PIES?	SI☐ NO☒	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐
4.2 ¿PRESENTA DOLOR EN EL PECHO?	SI☐ NO☒	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐
4.3 ¿FUMA O A FUMADO?	SI☐ NO☒ Fecha última vez que fumó:	SI☐ NO☐ Fecha última vez que fumó:	SI☐ NO☐ Fecha última vez que fumó:	SI☐ NO☐ Fecha última vez que fumó:	SI☐ NO☐ Fecha última vez que fumó:	SI☐ NO☐ Fecha última vez que fumó:
4.4 ¿PRESENTA SOBREPESO U OBESIDAD?	SI☐ NO☒ Peso: _____ Kilos Talla: _____ Mts.	SI☐ NO☐ Peso: _____ Kilos Talla: _____ Mts.	SI☐ NO☐ Peso: _____ Kilos Talla: _____ Mts.	SI☐ NO☐ Peso: _____ Kilos Talla: _____ Mts.	SI☐ NO☐ Peso: _____ Kilos Talla: _____ Mts.	SI☐ NO☐ Peso: _____ Kilos Talla: _____ Mts.
4.5 ¿REALIZA EJERCICIO POR MÁS DE 90 MINUTOS A LA SEMANA?	SI☒ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐
4.6 ¿CONSUME FRUTA O VERDURA TRES O MÁS VECES A LA SEMANA?	SI☒ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐
4.7 ¿CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS HASTA EMBRIAGARSE?	SI☐ NO☒ Frecuencia de consumo: Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Otra ☐	SI☐ NO☐ Frecuencia de consumo: Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Otra ☐	SI☐ NO☐ Frecuencia de consumo: Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Otra ☐	SI☐ NO☐ Frecuencia de consumo: Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Otra ☐	SI☐ NO☐ Frecuencia de consumo: Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Otra ☐	SI☐ NO☐ Frecuencia de consumo: Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Otra ☐
4.8 ¿ALGÚN FAMILIAR CERCANO HA MUERTO DE CÁNCER DE SENO O MAMA?	SI☐ NO☒	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐
5. ¿ESTÁ EMBARAZADA?	SI☐ NO☒	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐	SI☐ NO☐
6. ¿PERTENECE O PERTENECÍA A UN PROGRAMA DE SALUD PARA UNA ENFERMEDAD ESPECÍFICA?	SI☐ NO☒ Cuál:	SI☐ NO☐ Cuál:	SI☐ NO☐ Cuál:	SI☐ NO☐ Cuál:	SI☐ NO☐ Cuál:	SI☐ NO☐ Cuál:
7. ¿SE ENCUENTRA EN LISTA DE ESPERA O EN MANEJO DE UNA ENFERMEDAD QUE REQUIERA UN TRANSPLANTE?	SI☐ NO☒ Cuál:	SI☐ NO☐ Cuál:	SI☐ NO☐ Cuál:	SI☐ NO☐ Cuál:	SI☐ NO☐ Cuál:	SI☐ NO☐ Cuál:
8. ¿USTED PERTENECE A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES GRUPOS ÉTNICOS: INDÍGENA, POBLACIÓN ROM (GITANOS), AFROCOLOMBIANOS, RAIZAL, PALENQUERO DE SAN BAILIO?	SI☐ NO☒ Cuál:	SI☐ NO☐ Cuál:	SI☐ NO☐ Cuál:	SI☐ NO☐ Cuál:	SI☐ NO☐ Cuál:	SI☐ NO☐ Cuál:

Al firmar el presente documento sobre estado de salud, declaro expresamente que: 1) Todas las respuestas que he registrado son verídicas, y que en consecuencia de la falsedad, el error, la omisión, la reticencia o la inexactitud de tales declaraciones producirán los efectos señalados en la ley. 2) En caso de ser aprobado el Formulario Único de Afiliación e Inscripción, por parte de la compañía, esta declaración de salud pasa a formar parte integral de la afiliación. 3) En caso de que la solicitud sea aprobada, autorizo a los médicos e instituciones de servicio que posean datos sobre la salud de los afiliados o historias clínicas de los mismos, suministrar a la compañía la información que se requiere, con el fin de controlar la correcta prestación y utilización de los servicios establecidos en el contrato. 4) He sido informado clara y totalmente de los servicios que voy a recibir, de los periodos a partir de los cuales obtengo los derechos, de los lugares en que me los prestarán y de la manera que debo utilizarlos.

☐ **1. CONYUGE:** Registro civil de matrimonio

☐ **2. COMPAÑERO (A) PERMANENTE:** Declaración juramentada del cotizante y compañero en la cual se manifiesta la convivencia.

☐ **3. HIJOS:**
* De cualquier edad. Registro civil de nacimiento.
* Entre 18 y 25 años: La acreditación de la condición de escolaridad se realizará de acuerdo con lo dispuesto en el decreto 1164 de 2014, o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

☐ **4. PADRES:**
* Registro civil de nacimiento del cotizante.
* Declaración juramentada de dependencia económica rendida por el cotizante.

☐ **5. COTIZANTES DEPENDIENTES (U.PC. ADICIONALES)**
Para los afiliados con parentesco hasta tercer grado de consanguinidad deben presentarse los siguientes registros civiles:

* Bisabuelo: Registro civil de nacimiento del bisabuelo, del abuelo y del padre cotizante.

* Abuelo: Registro civil de nacimiento del padre del cotizante.

* Nieto: Registro civil de nacimiento del nieto y del hijo del cotizante.

* Bisnieto: Registro civil de nacimiento del bisnieto, el del nieto y el del hijo cotizante.

* Hermano: Registro civil de nacimiento del hermano y del cotizante.

* Tío: Registro civil de nacimiento del tío y del padre cotizante

* Sobrino: Registro civil de nacimiento del sobrino y del hermano cotizante.

* Recién nacidos hijos de beneficiaras: Registro civil.

* Menores de 12 años sin ningún parentesco y a cargo del cotizante: Registro civil.

* en todo caso, es indispensable presentar la fotocopia del documento de identidad que corresponda, según la edad de cada afiliado.
* La afiliación de beneficiarios diferentes a cónyuge o compañero (a) e hijos menores de 18 años, requiere la presentación de la declaración juramentada de dependencia económica rendida por el cotizante

Firma del cotizante afiliado 3:20 Pm VC C.C. 1078371157	Firma del Beneficiario 1 Afiliado C.C.
Firma del Beneficiario 2 Afiliado C.C.	Firma del Beneficiario 3 Afiliado C.C.
Firma del Beneficiario 4 Afiliado C.C.	Firma del Beneficiario 5 Afiliado C.C.

Scanned by TapScanner

Aliansalud eps

Resolución 0670 del 10 de Julio de 2015

Estimado Afiliado;

Agradecemos contestar las siguientes preguntas, marcando en una de las casillas, según corresponda.

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

Nombre Cotizante: Maria Ximena Pastor Camargo

N° Solicitud FUAI: 54179722

Edad: 25 años

Tipo y número de documento de identificación: CC 1078371157

Firma: VC

26/08/2021
Fecha

Bogota.
Ciudad

CONSENTIMIENTO EXPRESO

Yo Maria Ximena Pastor Camargo aceptó que la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño sean enviadas por correo electrónico a la dirección: lilianapastorc@gmail.com

Firma: VC

Scanned by TapScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA XIMENA PASTOR CAMARGO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1078371157,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de agosto de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA