



No. de Radicación	Fecha de Radicación
-------------------	---------------------

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación ☒	A. Individual ☒ - Colicante o cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐	A. Contributivo ☒	A. Colicante ☒ - Cabeza de familia ☐ - Beneficiario ☐	
B. Reporte de Nuevos ☐	B. Colectiva ☐ - Institucional ☐ - De oficio ☐	B. Subordinado ☐	5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ - Independiente ☒ - Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del colizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres		LOPEZ		GARCIA		JHONATAN		DAVID	
7. Tipo de documento de identidad	CC	8. Numero de documento de identidad	1000713535		9. Sexo	☐ Femenino ☒ Masculino	10. Fecha de nacimiento	19/10/2000	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11 Etnia	12 Discapacidad Tipo ☐ ☐ ☐ Condición ☐ ☐	13 Puntaje SISBÉN	14 Grupo de población especial	15 Administradora de riesgos laborales - ARL URA	16 Administradora de pensiones PORVENIR
17 Ingreso base de cotización - IBC	18 Residencia CALLE 171 # 58-87			Zona Urbana ☒ Rural ☐ SUBA	3045603428 BOGOTÁ D.C.

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											
20. Tipo de documento de identidad		21. Número de documento de identidad			22. Sexo	Femenino	☐	Masculino	☐	23. Fecha de nacimiento	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo		
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

28 Fecha de nacimiento		29 Parentesco	30 Etnia	31 Discapacidad						32 Datos de residencia				33 Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
				Tipo			Símbolo			Municipio / Distrito	Zona Urbana Rural		Departamento	
F	N	M	I	P										
E1														
E2														
E3														
B4														
E5														

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)		35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación	
C/A				37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
B							
B							
B							
39. Ubicación							

B. REPORTE DE NOVEDADES

40 Tipo de Novedad		7 Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales		13 Mutuidad	
1. Modificación datos básicos de identificación	☐	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	☐	A. Régimen Contributivo ☐	B. Régimen Subsidiado ☐
2. Corrección datos básicos de identificación	☐	9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	☐	14. Traslado	
3. Actualización documento de identidad	☐	10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	☐	A. Mismo Régimen ☐	B. Diferente Régimen ☐
4. Actualización y corrección de datos complementarios	☐	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	☐	15. Reporte por fallecimiento	☐
5. Terminación de la inscripción en la EPS	☐	12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	☐	16. Reporte del trámite de protección al cesante	☐
Código	☐			17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado	☐
6. Reinscripción en la EPS	☐			18. Reporte de la calidad de Pensionado	☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41 Datos básicos de identificación										
Tipo de documento de identidad		Número de documento de identidad			Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		Fecha de nacimiento		42. Fecha	
43. EPS anterior				44. Motivo de traslado Cesante ☐		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones				

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales	☐	51. Autorización para que la EPS registre la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.	☒
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción	☐	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 1561 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	☒
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios	☐	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	☒
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud	☐		
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 por orales	☒		

VIII FIRMAS

	1000713535
---	------------

IX. ANEXOS

[illegible]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

68 Identificación de la entidad Territorial Código del municipio Código del departamento		67 Datos del SISBEN Número de la ficha Puntaje Nivel		68 Fecha de radicación		69 Fecha de validación	
70 Datos del funcionario que realiza la validación							
Tipo de documento de identidad		Número de documento de identidad				71 Firma del funcionario	

Recuerda que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de los datos personales suministrados en el Capítulo VII del formulario.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

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

¿ Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico?

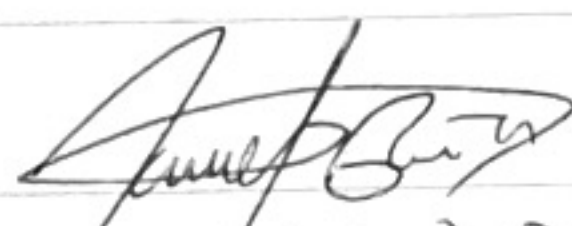
SI: ☒ Correo electrónico: Jhonatan David / @outlook.es NO ☐

Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado:

No. Identificación:


1000713535

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección: _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos

de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____



AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de Salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal según lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en www.compensar.com en el link políticas de privacidad y condiciones de uso, información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Actualizar la información de contacto en las bases de datos de Compensar con la información de contacto registrada ante las Centrales de Información Financiera y Operadores
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención salud, información sobre la cual en cualquier momento podré ejercer mis derechos de Habeas Data (Actualizar, Revocar, Suprimir, Conocer), para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS
- Transmitir mis datos personales, a las administradoras encargadas de la seguridad

social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.

- Compartir mis datos personales y/o menores de edad con la Caja y EPS para los fines relacionados con las funciones propias de Compensar.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales, entre ellos el formulario web <https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos> además manifiesto expresamente que conozco y se donde consultar la información sobre protección de datos personales de Compensar, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

La protección de datos personales en Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y así mismo, cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Firma del afiliado:

No. Identificación:

1000713535

