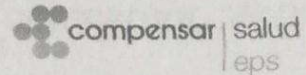


FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación: 22-10-2027 Fecha de Radicación: 22-10-2027

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐

2. Tipo de Afiliación: A. Individual ☐ B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3. Régimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidio ☐

4. Tipo de afiliado: A. Colitante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de colitante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

6. Apellidos y nombres: Hincapié CACELES Ginna Alexandria

7. Tipo de documento de identidad: CC 8. Número de documento de identidad: 7074240582 9. Sexo: Femenino 10. Fecha de nacimiento: 20/12/1992

II. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: Sur 12. Discapacidad: 408.528 13. Puntaje SISBEN: 36 #17-205 Torre 4 Apto 204 mudo 7 9047369 3795747985 14. Grupo de población especial: proteccion 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: proteccion 16. Administradora de pensiones: proteccion

17. Ingreso base de cotización - IBC: alexita207412@hotmail.com bogota 18. Residencia: ciudad verde 19. Zona: Urbana 20. Ciudad: ciudad verde 21. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS): ciudad verde

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente colitante)

22. Sexo: Femenino 23. Fecha de nacimiento: 20/12/1992

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES

24. Apellidos y nombres: Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

25. Tipo de documento de identidad: Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

26. Número de documento de identidad: Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

27. Sexo: Femenino 28. Fecha de nacimiento: Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

29. Puntaje SISBEN: Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

30. Zona: Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

31. Departamento: Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

32. Teléfono fijo y/o celular: Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS): Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: Compensar 35. Nombre o razón social: Compensar 36. Tipo de documento de identificación: Compensar 37. Número del documento de identificación: Compensar 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS): Compensar

B. REPORTE DE NOVEDADES

1. Modificación datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ 6. Reinserción en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de retención 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 afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidio ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte por fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cónyuge ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 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: CC Número de documento de identidad: 7074240582 Sexo: Femenino Fecha de nacimiento: 20/12/1992 42. Fecha: 22-10-2027 43. EPS anterior: Compensar 44. Motivo de traslado: Compensar 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: Compensar

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 razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐ 49. Declaración de no intromisión del colitante, 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 colitante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte 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 la registren. ☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del colitante 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. ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☒

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

54. Anexos: 56. Avenida copia del documento de identidad. ☐ 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 el que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el colitante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐ 64. Certificación 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 beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. ☐

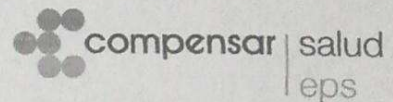
X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio: Compensar 67. Datos del SISBEN: Número de la ficha: Compensar Puntaje: Compensar Nivel: Compensar 68. Fecha de radicación: Compensar 69. Fecha de validación: Compensar 70. Datos del funcionario que realizó la validación: Compensar 71. Firma del funcionario: Compensar

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del funcionario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas 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**



¿ Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	SI ☒	NO ☐
¿ 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: <u>alex.ta.70742@hotmail.com</u> 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: <u>Ginna Hincapié</u> No. Identificación: <u>7074240582</u>

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: _____	Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____
Identificación: _____	Identificación: _____
Edad: _____	Huella
Dirección _____	
de domicilio: _____	

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 dónde 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: <u>Ginna Hincapié</u>	No. Identificación: <u>7074240582</u>
---	---------------------------------------