

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



No. de Radicación		Fecha de Radicación DD/MM/AAAA	
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
A. Afiliación ☒	A. Individual ☒ - Cotizante o cabeza de familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidado ☐	A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐
B. Reporte de Novedades ☐	C. De oficio ☐	B. Subsidado ☐	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres		7. Tipo de documento de identidad	
Ascencio Vega		CC	
8. Número de documento de identidad		9. Sexo	
103813246		Masculino ☒	
10. Fecha de nacimiento		11. Nombre	
18/01/1999		Karen Daniela	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)			
12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL
Condición ☐	C4	Colmena	Colpender
17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia	19. Teléfono fijo	20. Teléfono celular
	Calle 48 sur # 28-49	3125406280	3125406280
21. Correo electrónico		22. Zona	23. Municipio
K-d-a-v@hotmail.com		Urbana ☒	Tunjelito
		Rural ☐	Bogotá

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	
Primer Apellido: Segundo Apellido:		CC	
21. Número de documento de identidad		22. Sexo	
		Femenino ☐ Masculino ☐	
23. Fecha de nacimiento		24. Nombre	
DD/MM/AAAA		Primer Nombre: Segundo Nombre:	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES			
24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad	
Primer Apellido: Segundo Apellido:		RC	
26. Número de documento de identidad		27. Sexo	
1025566904		Femenino ☐ Masculino ☒	
28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco	
08/01/2021		Hijo	
30. Etnia		31. Discapacidad	
Bogotá		Condición ☐	
32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
Municipio / Distrito: Zona Urbana ☒ Rural ☐			
Departamento: Teléfono fijo y/o celular		3125406280	
Bogotá			

VI. 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		35. Nombre o razón social	
Código de la IPS (a registrar por la EPS)		Karen Daniela Ascencio Vega	
36. Tipo de documento de identificación		37. Número del documento de identificación	
CC		103813246	
38. Tipo de aportante (pagador pensiones) (a registrar por la EPS)		39. Ubicación	
		Dirección: Teléfono: Correo electrónico: Municipio / Distrito: Departamento:	

VII. 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		35. Nombre o razón social	
Código de la IPS (a registrar por la EPS)		Karen Daniela Ascencio Vega	
36. Tipo de documento de identificación		37. Número del documento de identificación	
CC		103813246	
38. Tipo de aportante (pagador pensiones) (a registrar por la EPS)		39. Ubicación	
		Dirección: Teléfono: Correo electrónico: Municipio / Distrito: Departamento:	

B. REPORTE DE NOVEDADES			
40. Tipo de Novedad		7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	
1. Modificación datos básicos de identificación ☐		☐	
2. Corrección datos básicos de identificación ☐		8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐	
3. Actualización documento de identidad ☐		9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐	
4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐		10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐	
5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐		11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐	
6. Reinscripción en la EPS ☐		12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐	
Código ☐		13. Movilidad	
		A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidado ☐	
		14. Traslado	
		A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐	
		15. Reporte por fallecimiento ☐	
		16. Reporte del trámite de postmorte ☐	
		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		42. Fecha de radicación	
Primer Apellido: Segundo Apellido:		DD/MM/AAAA	
43. Tipo de documento de identidad		44. Motivo de traslado	
Número de documento de identidad		Código	
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		46. Fecha de radicación	
		DD/MM/AAAA	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES			
47. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales		51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación del reportante de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieren	
48. 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 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013	
49. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que sustentan la condición de beneficiarios		53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
50. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud			
54. 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			

VIII. FIRMAS			
49. Firma del afiliado, beneficiario o afiliado adicional		50. Firma del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio	
Daniel A			

IX. ANEXOS			
58. Anexo copia del documento de identidad		59. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente	
60. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital		61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia	
62. 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		63. 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 del certificado de adopción o acta de entrega del menor		64. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud	
		65. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	
		66. 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			
67. Identificación de la entidad Territorial		68. Fecha de radicación	
Código del municipio: Código del departamento:		DD/MM/AAAA	
69. Datos del funcionario que realiza la validación		70. Fecha de validación	
Primer Apellido: Segundo Apellido:		DD/MM/AAAA	
71. Tipo de documento de identidad		72. Número de documento de identidad	
CC			
73. Tipo de documento de identidad		74. Número de documento de identidad	
CC			
OBSERVACIONES:			

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: <u>k-d-a-v@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>Daniela A.</u>		
No. Identificación: <u>1033813246</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: _____

Dirección: _____

de domicilio: _____

Huella

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: Daniela A.

No. Identificación: 1033813246