

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) **DIEGO VASQUEZ VASQUEZ** identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 1073522258, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parentesco	Estado	Plan	Vigencia
DIEGO VASQUEZ VASQUEZ	CC - 1073522258	TR	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL CON POS	Desde 20231101 Hasta 20241031

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 16 días del mes de noviembre de 2023.

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA

CER-PAS 13087182

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?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿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?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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: Diego Vásquez

No. Identificación: 1073522258

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: _____

<p>Nombres y apellidos: _____</p> <p>Identificación: _____</p> <p>Edad: _____</p> <p>Dirección de domicilio: _____</p>	<p>Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____</p> <p>Identificación: _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 10px auto; text-align: center;">Huella</div>
--	---

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo 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, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en: www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; 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.
- 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 en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, 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 con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

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.

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, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado: Diego Vásquez

No. Identificación: 1073522258

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



Nº de Radicación: 211112023

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De otros <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidado <input type="checkbox"/>	4. Tipo de afiliado: A. Colaborador <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS)
5. Tipo de afiliado: A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>				

A. AFILIACIÓN Y DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Vasquez	7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número de documento de identidad: 1073522258	9. Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento: 27/06/1997
---------------------------------	---------------------------------------	---	--	-------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: NA	12. Ocupación: NA	13. Puntaje SISBEN: NA	14. Grupo de población especial: NA	15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Sura	16. Administradora de pensiones: Colpensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: dego P Ph 911 @ 6 mail.com	18. Residencia: calle 5 # 595	19. Zona: Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	20. Teléfono fijo y/o celular: 3142568324	21. Correo electrónico: cordina marica	

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: Vasquez	20. Tipo de documento de identidad: CC	21. Número de documento de identidad: 52 553 714	22. Sexo: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento: 10/06/1971
----------------------------------	--	--	---	-------------------------------------

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: Femenino / Masculino
Primero Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

28. Fecha de nacimiento	29. Sexo: Femenino / Masculino	30. Tipo de discapacidad	31. Datos de residencia	32. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
DD/MM/AAAA		Condición	Municipio / Distrito, Zona Urbana / Rural, Departamento	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la EPS Primaria		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 - EPS	Código de la EPS (a registrar por la EPS)	35. Nombre y razón social	36. Tipo de documento de identidad
B1		37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
B2			
B3			
B4			
B5			

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de novedad	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	13. Movilidad
1. Modificación datos básicos de identificación	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidado <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/>
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	42. Fecha
Primero Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre	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.	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 lo requieren.
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 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan 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 intervención 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 copias de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, entidad o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
--	---

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CH <input type="checkbox"/> Cart. <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Cart. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Cart. <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Cart. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Cart. <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Cart. <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Cart. <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> Cart. <input type="checkbox"/> Total	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración sujeta por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
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.	64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	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	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio, Código del departamento	Número de la ficha, Puntaje, Nivel	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA
70. Datos del funcionario que realiza la validación	71. Firma del funcionario		
Primero Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre			
Tipo de documento de identidad, Número de documento de identidad			

OBSERVACIONES:

Recuerda 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.

Verificado Supersalud

Violado Supersubido