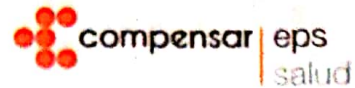


FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación: 2 Fecha de Radicación: V V A A A A A A

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. Colectiva ☐

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

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

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

Código (a registrar por la EPS): 3008831669

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

6. Apellidos y nombres: Pulido Arzúes Diana Natalia

7. Tipo de documento de identidad: CC 8. Número de documento de identidad: 1019029280

9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐ 10. Fecha de nacimiento: 28/11/1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: Sur 12. Discapacidad: Tipo 3 Condición 3

13. Puntaje SISBEN: 3008831669 14. Grupo de población especial: 3008831669

15. Administradora de riesgos laborales - ARL: CAJONDO S 16. Administradora de pensiones: 3008831669

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1988.p@gmail.com 18. Residencia: Cra 94c N°146A-49

19. Zona: Urbana ☒ Rural ☐ 20. Municipio: Suba 21. 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: Pinzon Pulido Juliana

20. Tipo de documento de identidad: CC 21. Número de documento de identidad: 1029281760

22. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐ 23. Fecha de nacimiento: 28/11/1988

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

24. Apellidos y nombres: Pinzon Pulido Juliana

25. Tipo de documento de identidad: CC 26. Número de documento de identidad: 1029281760

27. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐

28. Fecha de nacimiento: 28/11/2005 29. Parentesco: H 30. Etnia: Sur 31. Discapacidad: Tipo 3 Condición 3

32. Datos de residencia: Municipio/Distrito: Bogotá Zona: Urbana ☒ Rural ☐ Departamento: Cundinamarca Teléfono fijo/celular: 3008831669

33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS): 3008831669

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: Col Código de la IPS (a registrar por la EPS): B

35. Nombre o razón social: B 36. Tipo de documento de identificación: B

37. Número del documento de identificación: B 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS): B

39. Ubicación: B

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad:

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. Reinscripción en la EPS ☐

7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 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 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 cesante ☐ 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: Primer Apellido: Pinzon Segundo Apellido: Pulido Primer Nombre: Juliana Segundo Nombre: CC

42. Fecha: 28/11/2005

43. EPS anterior: CC 44. Motivo de traslado: CC 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: CC

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 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 copia de la historia clínica del cotizante 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 requieran: ☐ 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: ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto: ☐

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Pinzon Pulido Juliana

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio: CC

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ Total: CC

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. 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: CC Código del departamento: CC 67. Datos del SISBEN: Puntaje: CC Nivel: CC 68. Fecha de radicación: CC 69. Fecha de validación: CC

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido: CC Segundo Apellido: CC Primer Nombre: CC Segundo Nombre: CC

71. Firma del funcionario: CC

OBSERVACIONES: CC

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

	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?	☒	☐

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: Natalia Pulido Aportes

No. Identificación: 101902980 Bto

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

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 protecciondatos@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: Natalia Pulido Aportes No. Identificación: 1019029280 Bto