

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



No. de Radicación		Fecha de Radicación	
I. DATOS DEL TRÁMITE		(Lee 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	A. Contributivo	A. Cotizante
B. Reporte de Novedades	B. Colectivo	B. Subordinado	B. Cabeza de familia
	C. Institucional		C. Beneficiario
	D. De oficio		D. Dependiente
			E. Independiente
			F. Pensionado
Código (a registrar por la EPS)			

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres	ALEXONSO GOMEZ YOLIMA N/A		
7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	52301466	Femenino	09-08-1975

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)			
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administración de pensiones	16. Fecha de radicación		
	FORUENID		
17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia	19. Zona Urbana	20. Zona Rural
4016688 BIS # 80K 15	SUR		
21. Valor de la UPC adicional (a registrar por la EPS)			
3102861876			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) cotizante)			
22. Apellidos y nombres	N/A		
23. Tipo de documento de identidad	24. Número de documento de identidad	25. Sexo	26. Fecha de nacimiento
	N/A	Femenino	N/A

V. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES			
27. Apellidos y nombres	28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo
31. Fecha de nacimiento	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC adicional (a registrar por la EPS)	

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 e razón social	36. Tipo de documento de identificación	
COMPENSAR			
37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aporte o pagador pensiones (a registrar por la EPS)		

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD			
39. Tipo de novedad	40. Fecha de radicación	41. Tipo de documento de identidad	42. Fecha

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES			
43. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.	44. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud.	45. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	

IX. ANEXOS			
46. Copia del documento de identidad.	47. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	48. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	49. 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.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL			
50. Identificación de la entidad territorial	51. Datos del SISBEN	52. Fecha de radicación	53. Fecha de validación

XI. 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

¿ 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>Yolima Alfonso g @gmail.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>Yolima AG.</u> No. Identificación: <u>52301466</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 de quien no sabe firmar: _____
Nombres y apellidos: _____	Identificación: _____
Identificación: _____	Huella
Edad: _____	
Dirección: _____	
de domicilio: _____	

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita e inequívoca, previamente informada a todos los servicios y dependencias de Compensar Caja de Compensación Familiar y Compensar EPS (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: <https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos>.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados en el sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Actualizar mis datos personales con la información consultada en centrales de riesgo y demás fuentes de referencia. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos de Mi Planilla en caso de realizar liquidación o pago de aportes a través de esta plataforma. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los

bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que Compensar realiza el envío de información a través de correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento. En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace <https://corporativo.compensar.com/te-escuchamos> o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A - 47, ventanilla de correspondencia.

Firma del afiliado:

Yolima Alfonso G

No. Identificación:

52301.466 BTA