FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

03 04 2024

03

Tatiana Cortes Sarmiento Abonia

CC 16 jul 266 16 VI 1959

Estudiante Pequeño

1.300.000 el 31 de 30-11

Tuluá VALLE

MEDICIPS 2047

PAGO MES SIGUIENTE
ACTIVAR GRUPO FAMILIAR

03 ABR 2024

CODIGO JHOVANNA BEDOYA
SUJETO A VERIFICACION

compensar | eps salud

	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 cuál es 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 carta recibió la respectiva aclaración por la EPS?	✓	

Firma del afiliado (cotizante):

No. Identificación: 16 211 264

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 actuando como testigo, confirmando que la huella pertenece al dedo índice de la mano derecha perteneciente al (la) señor (a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Huella:

03 ABR 2014
CODHSB JHOVANNA BEDOYA
SUJETO A VERIFICACION

Identificación: _____

Firma

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada y libre a favor 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 2014, 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 por el desarrollo de las funciones propias de la

- 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 hábitos de utilización y beneficios de los datos, para mejoría 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 a que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a los administradores encargados 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, de forma 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, veracidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad establecidos en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que puedo consultar la información sobre protección de datos personales, así como las políticas aplicables de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante): _____

No. Identificación: 16 211 264