EPS Sanitas
Nuestro corazón es tu apoyo
NIT. 800.251.440-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERÉS DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado Yined Guayara Salgar

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X NO
Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	X NO

X Yined Guayara Salgar
Firma del Afiliado
Documento de Identidad X 1006003410 Bta

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el señor(a) _____, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella índice

Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Dirección de domicilio:

Nombre de la persona que no sabe firmar

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

Yo, Yined Guayara Salgar, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud; en el artículo 2.1.3.9 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulen, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales, crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi estado de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: www.epssanitas.com. Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

La presente autorización le he suministrado de forma voluntaria.

Firma: X Yined Guayara Salgar
Nombre: X Yined Guayara Salgar
Identificación: X 1006003410
Fecha: 13-03-2023

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
(Sanitas Compañía de Seguros S.A.)
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación:

Fecha de Radicación:

169929799

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

SECCIÓN 1 TIPO

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación; B. Reporte de Novedades X

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia X; Beneficiario o Afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. De Oficio

3. Régimen: A. Contributivo X; B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X; B. Cabeza de Familia; C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X; B. Independiente; C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS):

A. AFILIACION

SECCIÓN 2 DATOS BÁSICOS DEL AFILIADO

Datos Básicos de Identificación del Afiliado

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Guayara	Salgar	Yined	

7. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC X PA SC

8. Número del documento de identidad: 1.006.003.410

9. Sexo: Femenino X Masculino

10. Fecha de nacimiento: 06/11/1990

Datos Demográficos

11. Etnia:

12. Discapacidad: Tipo F N M; Condición T P

13. Puntaje SISBEN:

14. Grupo de población especial:

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura

16. Administradora de Pensiones: Protección

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.584.000.

18. Residencia

Dirección: Carrera 89 Nº 94 P 15

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3212748113

Correo Electrónico: yiqusa@hotmail.com

Municipio / Distrito: Bogotá

Zona: Urbana X Rural

Localidad / Comuna: Engativa

Departamento: Cundinamarca

SECCIÓN 3 DATOS BÁSICOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE COTIZANTE

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad: CN TI DE CD RC CC PA SC

21. Número del documento de identidad:

22. Sexo: Femenino Masculino

23. Fecha de nacimiento:

SECCIÓN 4 DATOS BÁSICOS DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1	Conde	Guayara	Cristopher	Jesús
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo	Condición	32. Datos de Residencia: Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	Registro C.	1016969375	Femenino Masculino X	07/08/2020	Hijo		F N M	T P		Urbana Rural			
B2			Femenino Masculino				F N M	T P		Urbana Rural			
B3			Femenino Masculino				F N M	T P		Urbana Rural			
B4			Femenino Masculino				F N M	T P		Urbana Rural			
B5			Femenino Masculino				F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Calle 80	
B1		
B2		
B3		

35. Nombre o razón social: Grupo Empresarial Ingecol SAS

36. Tipo documento de identificación: NIT X | TI | CE | CC | PA | CD

37. Número del documento de identificación: 900.379.869 - 5

38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS):

39. Ubicación
Dirección: Calle 125 Nº 60 65

Teléfono Fijo: 3015258956

Correo Electrónico: talentohumano@grupoingecol.com

Municipio / Distrito: Bogotá

Departamento: Cundinamarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  - Código:
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [X] 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 Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del tránsito de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

C. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

41. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad: CN | RC | TI | CC | CE | PA | CD | SC

Número del documento de identidad

Sexo: Femenino | Masculino

Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

42. Fecha: 09 09 2021

43. EPS anterior: Sanitas

44. Motivo de traslado: Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

D. AUTORIZACIONES

- [X] 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 información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 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.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 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.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

E. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

X Ximena Guevara Salazar

55. El empleador, empresa, Entidad responsable de la afiliación colectiva, Institución o de oficio

X

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC — Cantidad: 01 01 — TOTAL
- [ ] 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 decrete el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y bienes, acta de conciliación, 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 jurada por 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.

EPS Sanitas
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
Marzo
RECIBIDO POR:

F. VALIDACIÓN

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio | Código del Departamento

67. Datos del SISBEN
Número de ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

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

Tipo de documento | Número de documento de identidad | 71. Firma del Funcionario

Observaciones: Coordinadora de Compras - Inclusión Beneficiario

Recuerda que con la firma del formulario, el afiliado ratifica la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial: Pedro Calixto - cc. 19. 397. 783

Sello de Radicación

Sticker precontractual