

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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>
¿Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico? SI: <input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ NO: <input type="checkbox"/> 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: D M M W

No. Identificación: 52153499

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: _____

Huella: _____



AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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 y Decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal según lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: www.compensar.com en el link políticas de privacidad y condiciones de uso; 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.
- Actualizar la información de contacto en las bases de datos de Compensar con la información de contacto registrada ante las Centrales de Información Financiera y Operadores.
- 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 salud; Información sobre la cual en cualquier momento podré ejercer mis derechos de Habeas Data (Actualizar, Revocar, Suprimir, Conocer), 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 y/o menores de edad con la Caja y EPS para los fines relacionados con las funciones propias de Compensar.

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 y suprimir mis datos personales, entre ellos el formulario web <https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos> además manifiesto expresamente que conozco y se dónde consultar la información sobre protección de datos personales de Compensar, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla. La protección de datos personales en Compensar EPS, cumple con los principios finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y así mismo, 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.

Firma del afiliado: D M M W

No. Identificación: 52153499

Fecha: **14/05/2023**

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

1. Tipo de trámite: **A. Afiliación**

2. Tipo de Afiliación: **A. Individual - Cónyuge o cabeza de familia**

3. Régimen: **A. Contributivo**

4. Tipo de afiliado: **A. Cónyuge**

5. Tipo de cotizante: **A. Dependiente**

6. Apellidos y nombres: **Moreno Martínez**

7. Tipo de documento de identidad: **a**

8. Número de documento de identidad: **52'153499**

9. Sexo: **Femenino**

10. Fecha de nacimiento: **04/07/1979**

11. Etnia: **Positiva**

12. Discapacidad: **Condición: 3**

13. Puntaje SISBEN: **59**

14. Grupo de población especial: **Administradora de pensiones COLPENSIONES**

15. Ingresos base de cotización - IBC: **1160.000**

16. Residencia: **Carretera 54 N° 64 A 45, Curdimamora, Guadalupe, Cundinamarca**

17. Ingresos base de cotización - IBC: **1160.000**

18. Residencia: **Carretera 54 N° 64 A 45, Curdimamora, Guadalupe, Cundinamarca**

19. Apellidos y nombres de los miembros del núcleo familiar:

20. Tipo de documento de identidad: **a**

21. Número de documento de identidad: **52'153499**

22. Sexo: **Femenino**

23. Fecha de nacimiento: **04/07/1979**

24. Apellidos y nombres de los beneficiarios y de los afiliados adicionales:

25. Tipo de documento de identidad:

26. Número de documento de identidad:

27. Sexo: **Femenino**

28. Fecha de nacimiento:

29. Discapacidad: **Condición: 3**

30. Datos de residencia: **Municipio/Distrito: Curdimamora, Zona Urbana/Rural: Urbana, Departamento: Guadalupe, Teléfono fijo y/o celular:**

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

32. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: **1007**

33. Código de la IPS (a registrar por la EPS): **1007**

34. Nombre o razón social:

35. Tipo de documento de identificación:

36. Número del documento de identificación:

37. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS):

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 Subsidado**

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:

42. Fecha de nacimiento: **04/07/1979**

43. EPS anterior: **1007**

44. Motivo de traslado: **45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones**

VI. 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 impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios:

49. Declaración de no internación 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 reportante 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 1501 de 2012 y el Decreto 1177 de 2013:

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto:

VII. FIRMAS

[Firma manuscrita]

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: **CN** **RC** **TI** **CC** **PA** **CE** **OT** **OTRO**

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 resolución judicial o de la administración de sucesiones:

62. Documento en que conste la abdicación de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración sujeta a prueba de la Superintendencia Nacional de Salud:

63. Copia de la autorización emitida por la Superintendencia Nacional de Salud:

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas:

65. Copia del acta de inscripción registral de la calidad de beneficiario o afiliado en la que consta la calidad de beneficiario o afiliado:

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: **Código del municipio: 1007, Código del departamento: 1007**

67. Datos del SISBEN: **Número de la ficha: 59, Puntaje: 59, Nivel: 59**

68. Fecha de radicación: **19 MAY 2023**

69. Fecha de validación: **19 MAY 2023**

70. Datos del funcionario que realiza la validación: **Primer Nombre: [Nombre], Segundo Nombre: [Apellido]**

71. Firma del funcionario: *[Firma manuscrita]*

OBSERVACIONES: **Aporte por parte de mayo se paga mes venidero**

Retiro por parte con cesador de 1060

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