

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No. de Inscripción

Fecha de Inscripción



175294780

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. De Oficio <input type="checkbox"/> A. Individual <input type="checkbox"/> Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido Rodriguez	Segundo Apellido Cantor	Primer Nombre Luisa	Segundo Nombre Fernanda
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC <input checked="" type="checkbox"/> PA SC	8. Número del documento de identidad 1.001.045.039	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 03/11/2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales			
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		16. Administradora de Pensiones	
17. Ingreso base de cotización - IBC \$ 1.200.000			
18. Residencia			
Dirección Calle 73 # 105 A - 45			Teléfono fijo
Teléfono Celular 3174841141		Correo Electrónico practica.602.18@gmail.com	
Municipio / Distrito Bta		Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / Comuna Bta D.C.

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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
			23. Fecha de nacimiento

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			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
B2		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
B3		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
B4		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
B5		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la VPC del Afiliado (a registrar por la EPS)
B1	F N M T P		Urbana Rural			
B2	F N M T P		Urbana Rural			
B3	F N M T P		Urbana Rural			
B4	F N M T P		Urbana Rural			
B5	F N M T P		Urbana Rural			

Selección de la EPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C Zona Ia - Zona Ia	Código de la EPS (a registrar por la EPS)
B	
C	
D	

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social: **Selcomp**

36. Tipo documento de identificación: **CC**

37. Número del documento de identificación: **800071819**

38. Ubicación Dirección: _____ Teléfono/Fijo: _____

Correo Electrónico: _____ Municipio / Distrito: **Bta** Departamento: **Bta D.C.**

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.

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 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: _____ Segundo Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Tipo de documento de identidad: **CN** TI CE CD RC CC PA SC Número del documento de Identidad: _____ Sexo: **Femenino** Masculino Fecha de nacimiento: **01/01/1981** 42. Fecha: **18/09/2023**

43. EPS anterior: **Sanitas - Activo**

44. Motivo de traslado: Código: _____

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones: _____

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 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 o 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: **X** **Juana FRC**

55. El empleado, representante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio: **X** **SELCOMP**

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: _____ 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 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: _____ Código del Departamento: _____

67. Datos del SISBEN: Número de ficha: _____ Puntaje: _____ Nivel: _____

68. Fecha de Radicación: **01/09/2023** 69. Fecha de Validación: **01/09/2023**

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: **CE @ Apendiz**

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las copias de los documentos anexados en el capítulo VII del formulario

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial: **Juan SC Vargas** 1026797066

Sello de Radicación: **18 SEP 2023** RECIBIDO POR: **Ju**

Sticker procesamiento: _____

Nombre del Afiliado Luisa Fernanda Rodríguez Cantor

- Previo al 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 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 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?

<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	NO

X Luisa FRE

Firma del Afiliado

Documento de Identidad 9 1001045039

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:

Nombre de la persona que no sabe firmar

Documento de Identidad:

Edad:

Dirección de domicilio:

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

Luisa Fernanda Rodríguez Cantor, 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 2.1.3.8 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 regulan, 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 la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: X Luisa FRE

Nombre: Luisa Fernanda Rodríguez Cantor

Identificación: 9 1001045039

Fecha: 18/09/2013