

Medellín, 24 septiembre 2021

**SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
CERTIFICA:**

Que la información detallada a continuación corresponde a lo que se encuentra registrado en los sistemas de ARL SURA S.A. a la fecha 24/09/2021 12:21, con relación a la afiliación y cobertura de RICHARD PICON YALI identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA 94481663, afiliado en calidad de Trabajador Independiente Voluntario.

Fecha de Inicio de cobertura: 01/05/2017
Fecha de fin de cobertura: 31/08/2017
Estado actual de la cobertura: RETIRADO
Código de ocupación: 1000
Descripción ocupación: Ind Afiliados por pagos
Clase de riesgo: 3
Porcentaje de cotización: 2,436

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C944816632126744464

Atentamente,



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Dirección IP:45.225.225.71,

No. de Radicación

Fecha de Radicación

DD MM AAAA



148626808

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

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

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Picon Segundo Apellido: Yali Primer Nombre: Richard Segundo Nombre:		7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD CC <input checked="" type="checkbox"/> PA SC		8. Número del documento de identidad 94481663		9. Sexo Femenino Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento 05/03/1984	
---	--	--	--	---	--	---	--	--	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Sura		16. Administradora de Pensiones Ponvenr		17. Ingreso base de cotización - IBC 908526		18. Residencia Dirección Cra 15 N 14-83	
Teléfono Celular 3176834567		Correo Electrónico npicon1@gmail.com		Municipio / Distrito Buga		Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural Localidad / Comuna Valle	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre							
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD CC <input checked="" type="checkbox"/> PA SC		21. Número del documento de identidad		22. Sexo Femenino Masculino		23. Fecha de nacimiento DD MM AAAA	

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

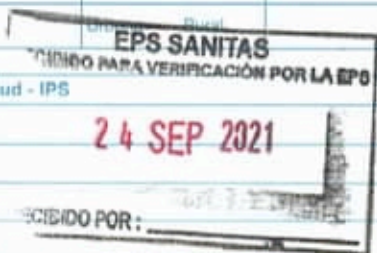
25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo Femenino Masculino		28. Fecha de nacimiento DD MM AAAA		29. Parentesco	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

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		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 IPS Primaria

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

Original EPS 1a Copia EMPLEADOR 2a Copia AFILIADO



35. Nombre o razón social		36. Tipo documento de identificación		37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (A registrar por la EPS)	
39. Ubicación Dirección		NIT CC		TI PA CE CO		Teléfono Fijo	
Correo Electrónico		Municipio / Distrito		Departamento			

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad		11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad. <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS. <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.		<input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/> 14. Traslado: <input checked="" type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento. <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante. <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. <input type="checkbox"/> 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		Número del documento de identidad		Sexo		Fecha de nacimiento		42. Fecha	
CN TI CE CD RC CC PA SC				Femenino Masculino		DD MM AAAA		24/09/2021	
43. EPS anterior				44. Motivo de traslado		45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones			
activo SOS				Código					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. <input checked="" type="checkbox"/> 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. <input checked="" type="checkbox"/> 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 unidades públicas que por sus funciones la requieran. <input checked="" type="checkbox"/> 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. <input checked="" type="checkbox"/> 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		55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio	
Richard Picon YUP			

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:		CN TI CC PA CE CD SC		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		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de Radicación		69. Fecha de Validación	
Código del Municipio Código del Departamento		Número de ficha		Puntaje Nivel		DD MM AAAA	
70. Datos del funcionario que realiza la validación		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre	
Tipo de documento		Número de documento de identidad		71. Firma del Funcionario			

Observaciones:

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.	
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación
Juz veita Hernandez 39567491	RECIBIDO POR:



Richard Picon Yot.

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 2.1.3.6 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: Richard Picon Yot.
Nombre: Richard Picon
Identificación: 94487663
Fecha: 24/09/2021

Nombre del Afiliado

Richard Picon

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?

NO
NO
NO
NO
NO
NO

Firma del Afiliado
Documento de Identidad

94481663

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