

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



148626808

Número de Contingencia

NIT. 800.351.440-6

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

| | | | |
|---|-----------------------|---|--|
| 1. Tipo de Trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | |
| A. Afiliación | A. Individual | - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> | B. Colectiva |
| B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/> | C. Beneficiario | - Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/> | D. De Oficio |
| 4. Tipo de Afiliado | | 5. Tipo de Cotizante | |
| A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> | B. Cabeza de Familia | A. Dependiente <input type="checkbox"/> | B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> |
| C. Beneficiario | D. Pensionado | 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

Picon

Segundo Apellido

Yali

Primer Nombre

Richard

Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad

CN TI CE CO

RC CC PA SC

8. Número del documento de identidad

94481663

9. Sexo

Femenino

Masculino

10. Fecha de nacimiento

05031984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

| | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------|---------------------------------|
| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial |
| | Tipo F N M Condición T P | | |

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

Sura

16. Administradora de Pensiones

Ponente

17. Ingreso base de cotización - IBC

908526

18. Residencia

Dirección

Cra 15 N 14-83

Teléfono Fijo

Teléfono Celular

3176834569

Correo Electrónico

npcconor@gmail.com

Municipio / Distrito

Buga

Zona

Urbana Rural

Localidad / Comuna

Departamento

Valle.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Conyuge 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 CO

RC CC PA SC

21. Número del documento de identidad

22. Sexo

Femenino

Masculino

23. Fecha de nacimiento

DD MM AA AA

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

CN TI CE CO

26. Número del documento de identidad

27. Sexo

28. Fecha de nacimiento

29. Parentesco

RC CC PA SC

B1

Femenino

Masculino

DD MM AA AA

B2

Femenino

Masculino

DD MM AA AA

B3

Femenino

Masculino

DD MM AA AA

B4

Femenino

Masculino

DD MM AA AA

B5

Femenino

Masculino

DD MM AA AA

30. Etnia

31. Discapacidad

32. Datos de Residencia

Tipo

Condición

Municipio/Distrito

Zona

Departamento

Teléfono Fijo y/o Celular

33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)

Condición

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

EPS SANITAS

AVISO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS

24 SEP 2021

RECIBIDO POR:

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

Buga

Original - EPS - 1a Copia - EMPI FADOP - 2a Copia - AFILIADO -

| | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|----------|--|--|--|--|
| V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO | | | | | | | |
| 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) | |
| | | NIT CC | TI PA | CE CD | | | |
| 39. Ubicación Dirección | | | | Teléfono Fijo | | | |
| Correo Electrónico | | | | Municipio / Distrito | | Departamento | |

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
 - C. Misma Régimen
 - D. Diferente Régimen
- 14. Traslado
- 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 | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CN CC RC TI PA SC CE CD | | Femenino Masculino | 42. Fecha <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td>F</td><td>G</td><td>H</td><td>I</td><td>J</td><td>K</td><td>L</td><td>M</td><td>N</td><td>O</td><td>P</td><td>2021</td></tr></table> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | 2021 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | 2021 | | | | |

43. EPS anterior

activo SOS

44. Motivo de traslado

Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

24092021

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 interención 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

64. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Richard Picón Yuli

65. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institución o de oficio

IX. ANEXOS

| | | | | | | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: | CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | Cantidad | TOTAL |
| <input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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. | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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. | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 | 67. Datos del SISBEN Número de ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de Radicación <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td>F</td><td>G</td><td>H</td><td>I</td><td>J</td><td>K</td><td>L</td><td>M</td><td>N</td><td>O</td><td>P</td><td>2021</td></tr></table> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | 2021 | 69. Fecha de Validación <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td>F</td><td>G</td><td>H</td><td>I</td><td>J</td><td>K</td><td>L</td><td>M</td><td>N</td><td>O</td><td>P</td><td>2021</td></tr></table> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | 2021 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | 2021 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | 2021 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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:

EPS SANITAS
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS

24 SEP 2021

| | | |
|---|---------------------|---|
| Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial <i>José Vélez Hernández</i> 39567491 | Sello de Radicación | RECBIDO POR : <i>DR. JOSÉ VÉLEZ HERNÁNDEZ</i> |
|---|---------------------|---|

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.

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

Richard Picon Yol.

Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuaré 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 codigos 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 licito 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 prepaga 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 Yol.

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?

| | |
|-------------------------------------|----|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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