



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

116012023



164475822

(Lea 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 <input type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/>		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
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: <u>Cardeas</u> Segundo Apellido: <u>Labella</u> Primer Nombre: <u>Orlando</u> Segundo Nombre: _____			
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	8. Número del documento de identidad <u>3.800.045</u>	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento <u>21/09/1967</u>

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 <u>Seguros Bolívar</u>	16. Administradora de Pensiones <u>Cajapensiones</u>	17. Ingreso base de cotización - IBC <u>\$ 1.160.000 =</u>	
18. Residencia Dirección: <u>Horizonte Mza 9 Lote 19</u>			Teléfono Fijo
Teléfono Celular <u>3116511375</u>	Correo Electrónico <u>grupo sarcel cortagena@gmail.com</u>		
Municipio / Distrito <u>Cortagena</u>	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/>	Localidad / Comuna	Departamento <u>Bolívar</u>

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	<u>Zuñiga</u>	<u>Berno</u>	<u>Yudelis</u>				
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	
B1	<u>Labella</u>	<u>45.544.710</u>	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	<u>17/02/1983</u>				<u>Compañera</u>	
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		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)	
B1		F N M T P		<u>Cortagena</u>	<u>Urbana</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>Rural</u>	<u>Bolívar</u>	<u>3116511375</u>
B2		F N M T P			<u>Urbana</u> <input type="checkbox"/> <u>Rural</u>		
B3		F N M T P			<u>Urbana</u> <input type="checkbox"/> <u>Rural</u>		
B4		F N M T P			<u>Urbana</u> <input type="checkbox"/> <u>Rural</u>		
B5		F N M T P			<u>Urbana</u> <input type="checkbox"/> <u>Rural</u>		

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)
<u>Pre de la paz - verónicas Otu.</u>	<u>10308-14008</u>
B	
B	
B	

Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO -

Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial: **M. Jans**

Sello de Radicación: **16-01-2023**

CC: **1128054760**

Sticker procesamiento: **CC: 1128054760**

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

Observaciones:

Tipo de documento:

Número de documento de identidad:

71. Firma del Funcionario:

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Primer Nombre:

Segundo Nombre:

69. Datos del SISBEN

67. Datos del SISBEN: Nivel Puntaje Número de Ficha

68. Fecha de Radicación:

69. Fecha de Validación:

56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: CN RC TI CC PA CE CD SC TOTAL 2

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: **Orlando Cordero**

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva: **Discom Páscar**

- DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
- 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
 - 52. Autorización para que la EPS maneje los datos 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.
 - 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 aliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
 - 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.
 - 49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
 - 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.
 - 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
 - 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

43. EPS anterior: **Bancolombiano**

44. Motivo de traslado: Código **1**

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones: **160112023**

42. Fecha:

Sexo: Masculino Femenino

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Primer Nombre:

Segundo Nombre:

40. Tipo de Novedad
- A. DATOS PARA EL REPORTE DE LA 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.
 - 6. Renscripción en la EPS.
 - 7. Inclusión de beneficiarios o de aliados adicionales.
 - 8. Exclusión de beneficiarios o de aliados 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.
- B. REPORTE DE NOVEDADES
- 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 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.

39. Ubicación: **San José del Campesino Italo 1 Cte 10**

38. Tipo de documento de identificación: **900724748**

37. Número del documento de identificación: **900724748**

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

35. Nombre y razón social: **Discom Páscar**

34. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS): **Discom Páscar**

Teléfono fijo: **6056451923**

Departamento: **Páscar**

Municipio / Distrito: **San José del Campesino**

Correo Electrónico: **San José del Campesino Italo 1 Cte 10**

Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

Nombre del Afiliado Orlando Cordosi

- 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

Firma del Afiliado Orlando Cordosi
Documento de Identidad 3.800.045

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

Orlando Cordosi, 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: Orlando Cordosi
Nombre: Orlando Cordosi Cabello
Identificación: 3.800.045
Fecha: 16-01-2023

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CARDOSI CABELLO ORLANDO** identificado(a) con CC número **3.800.045** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de agosto de 2010 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 18 de enero de 2023.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

****Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:**

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

7629018216006



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
GRUPO EMPRESARIAL ASOVITAL SAS
Identificada con NT No. 900724748

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1060666502407, a partir del 01 de Noviembre del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	3800045	ORLANDO CARDOSI CABELLO	CONDUCTORES R4 SAN GIL	4	4.35%	15/01/2023		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 14 de Enero del año 2023.

Firma Representante Legal