



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SERVICIO DE SALUD

CIUDAD	FECHA		
	AÑO	MES	DÍA

NOMBRE DE E.P.S.

1. – DATOS DEL EMPLEADO O PENSIONADO TITULAR

C.C. EMPLEADO O PENSIONADO	SUCURSAL / AREA OFICINA PRINCIPAL DEL EMPLEADO	TEL. – EXT.	DIR. RESIDENCIA	TEL. RESIDENCIA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO		
				AÑO	MES	DÍA

SEXO	ESTADO CIVIL					
M F	SOLTERO (A)	CASADO (A)	SEPARADO (A) LEGALMENTE	VIUDO (A)	UNIÓN LIBRE	FALLECIDO(A)

2. – INSCRIPCIONES SOLICITADAS (DATOS DEL FAMILIAR)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO	IDENTIFICACIÓN		SEXO	ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO			OCUPACIÓN O INCAPACIDAD
					RC - TI - CC.	NÚMERO			M / F	AÑO	MES	

NOTA: Para garantizar que las sumas a mi cargo resultantes de la prestación del servicio de salud mío o de mis familiares inscritos, pignoro a favor del BANCO DE LA REPÚBLICA las prestaciones sociales de cualquier tipo. Autorizo al señor pagador del BANCO DE LA REPÚBLICA o DEPENDENCIA para que las descuente de mi sueldo o mesada pensonal y pague por mi cuenta al BANCO DE LA REPÚBLICA el valor que por tal concepto lleguen a causarse a mi cargo. Bajo la gravedad de juramento manifiesto que las personas cuya inscripción solicito reúnen todos los requisitos exigidos en la reglamentación vigente.

Información importante - Autorización de tratamiento de datos personales:

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, “Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales”, y del Decreto 1074 de 2015 (que incorporó el Decreto 1377 de 2013 “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012”), con el diligenciamiento y firma del presente formato **autorizo** al BANCO DE LA REPÚBLICA el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de los datos personales que suministro en el presente formato con la finalidad de verificarlos y adelantar los trámites de inscripción y/o validación de requisitos de familiares para acceder o permanecer en el servicio de salud, según corresponda, y cumplir con dicho servicio, incluyendo la construcción de indicadores y estadísticas para el seguimiento y control de la prestación de tales servicios.

Para tal efecto, el BANCO DE LA REPÚBLICA informa que el tratamiento de los datos personales se realizará de acuerdo con las políticas o lineamientos generales disponibles en <http://www.banrep.gov.co/proteccion-datos-personales>, en la sección “Protección de Datos Personales - Habeas Data” y las particulares propias de la reglamentación del Servicio de Salud

Datos Generales - Responsable: BANCO DE LA REPÚBLICA, NIT No. 8600052167, Oficina Principal: Bogotá D.C. Contacto: A través del Sistema de Atención al Ciudadano (SAC).

FIRMA DEL EMPLEADO(A) / PENSIONADO(A) _____