



Instructivo de diligenciamiento formatos de afiliación - Servicio de medicina prepagada

DGS



CARTA DE COMPROMISO PARA INSCRIPCIÓN Y/O VALIDACIÓN DE REQUISITOS DE FAMILIARES

Departamento de Gestión de Salud - Banco de la República

BR-3-723-0

Ciudad y fecha

Escriba la ciudad del titular (empleado o pensionado) y fecha actual

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

Declaro bajo la gravedad de juramento que conozco los requisitos señalados en la Circular Reglamentaria Interna DGS-13 para la inscripción o validación de requisitos de familiares, que la información suministrada en este documento es verídica y cualquier imprecisión podrá acarrear acciones penales y/o disciplinarias.

2. SOLICITUD Y MANIFESTACIONES:

Solicito la inscripción o permanencia en el servicio médico de: (diligencie el cuadro dependiendo del tipo de familiar)

Tipo	Nombres y Apellidos	Nro. Doc. Identidad	Declaro que el familiar cumple los requisitos	Si	No
Hijo (a)			El o la hijo(a) depende económicamente del empleado(a)/pensionado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cónyuge/ compañero(a) permanente			El o la cónyuge tiene ingresos por algún concepto (relación laboral, renta, pensión o actividad independiente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Los ingresos del cónyuge superan los cinco (5) Salarios mínimos mensuales legales vigentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre/Madre			El empleado(a)/pensionado(a)solicitante es hijo(a) único(a), no tiene más afiliados al servicio médico, el padre/madre no es pensionado y depende económicamente del empleado(a)/pensionado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diligencie la información únicamente del familiar que va a inscribir

Recuerde que esta casilla es para hijos mayores de 18 años

Si su cónyuge recibe ingresos, maque "SI"
Si no recibe ingresos, marque "NO"

Si su cónyuge no recibe ingresos por ningún concepto, marque "NO"

3. TENGA EN CUENTA:

- Las declaraciones registradas en este documento se deben hacer conociendo plenamente las implicaciones penales y/o disciplinarias que ellas pueden tener respecto de falta de precisión, información incompleta o falta a la verdad.
- En caso de que su familiar no cumpla con alguno de los requisitos señalados en la reglamentación vigente, debe avisar de inmediato al Departamento de Gestión de Salud y solicitar la desafiliación al servicio de salud con el fin de evitar el cobro por este concepto.
- El Banco se reserva el derecho de solicitar en cualquier momento otros documentos adicionales que considere necesarios para aprobar una inscripción en el servicio de salud o para mantenerla.
- Si no se realiza el proceso de validación de requisitos de inscripción, el Banco de la República procederá a cancelar la afiliación y podrá hacerle efectivo los valores pagados por el servicio causado durante el periodo que no haya cumplido con la validación.
- Los familiares que se encuentran en el exterior también tienen la obligación de cumplir con el proceso de validación de requisitos.
- El Banco solicitará para cada clase de usuario, los documentos señalados en la Circular Reglamentaria Interna DGS-13 y podrá requerir otros que considere necesarios para la aprobación o permanencia de una inscripción; así mismo, en cualquier momento se reserva el derecho de verificar la información aportada por el empleado o pensionado mediante cruces con las bases de datos públicas y de otras entidades del Estado tales como la DIAN, Fosyga, SECOP (Sistema Electrónico de Contratación Pública), SIGEP (Sistema de Información y Gestión del Empleo Público), SISPRO (Sistema Integral de Información de la Protección Social), entre otras.

4. AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS Y RECOBROS:

Autorizo al Banco de la República a descontar de mi salario o pensión los valores pagados a la empresa de medicina prepagada durante el tiempo que mi familiar estuvo inscrito al servicio médico sin que hubiera tenido derecho a estarlo de conformidad con la reglamentación vigente. Para tales efectos, autorizo el descuento por nómina en el plazo que defina el Departamento de Gestión de Salud.

5. 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 (i) 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”, disponibles desde el 18 de junio de 2013, y las particulares propias de la reglamentación del Servicio de Salud; (ii) Está comprometido con la seguridad y protección de los datos personales de que es responsable, y sus sistemas de gestión para manejo de información cuentan con las certificaciones vigentes ISO 9001 e ISO/IEC 27001, esta última referida a la seguridad de la información. De esta manera, buena parte de las políticas y estándares del sistema de gestión de la información de la Entidad están enfocadas a proteger la confidencialidad de la información; por ello, dispositivos de control de acceso y/o autenticación a la red, software para manejar niveles de autorización, monitorear la actividad en los sistemas y registro de estas actividades, son algunos de los mecanismos que soportan estas políticas y estándares. La conservación de los documentos e información se efectúa en cumplimiento y dentro de los términos señalados en el artículo 55 de la Ley 31 de 1992; (iii) La respuesta a las preguntas que versen sobre datos sensibles son de carácter facultativo y en caso de suministrarlos se autoriza su tratamiento con las finalidades antes descritas; (iv) Usted podrá acceder, conocer, actualizar y rectificar dichos datos; ser informado del uso dado a los mismos; presentar consultas y reclamos sobre el manejo de dichos datos; revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos, en los casos en que sea procedente, y los demás derechos que le confiere la Ley; (v) Para ejercer tales derechos, podrá contactarse a través del Sistema de Atención al Ciudadano (SAC): puntos de atención presencial, Centro de atención telefónica (Línea gratuita nacional: 01 8000 911745), atención vía web. Para mayor información, consulte la página Web del Banco de la República <http://www.banrep.gov.co/atencion-ciudadano> en la sección “Sistema de Atención al Ciudadano (SAC)”.

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).

Atentamente,

Nombre empleado/pensionado responsable: _____
 Cédula de Ciudadanía: _____
 Dirección: _____
 Teléfono o extensión: _____

Estos campos deben ser diligenciados con la información del titular (empleado, pensionado)

Firma del empleado o pensionado: _____ Firma del familiar: _____

Nombre y cédula del familiar si es mayor de 18 años.
Nombre y cédula del titular (empleado, pensionado o beneficiario de sustitución pensional) si el familiar a inscribir es menor de 18 años.

Formato Autorización de Tratamiento de Datos Personales

_____, identificado con cédula de ciudadanía número _____, en adelante el usuario, declaro que he sido informado: **(i)** Que Compañía de Medicina Prepagada Colsanitas S.A. en adelante Colsanitas, en calidad de contratista del Banco de la República para la prestación integral de los servicios asistenciales, médicos y odontológicos a sus empleados y pensionados y los beneficiarios inscritos, 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 4871920 o fuera de Bogotá en el 018000979020, Defensoría del Usuario, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de los derechos mencionados en esta autorización; **(ii)** Mis datos serán tratados para el desarrollo de los fines contractuales de atención al cliente y de información de los productos y servicios que ofrece Colsanitas y para las finalidades que se señalan más adelante durante el periodo que subsista la relación con Colsanitas, a menos que exista algún deber legal o contractual de permanecer en la base de datos por un periodo adicional; **(iii)** Mis derechos como titular del dato son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal; así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales, (siempre que no exista un mandato legal o contractual que faculte a Colsanitas para continuar con el tratamiento directamente). Estos los puedo ejercer a través de los canales dispuestos por Colsanitas para la atención al público y observando la Política de Tratamiento de Información de Colsanitas disponible en www.colsanitas.com; **(iv)** Es voluntario responder preguntas que eventualmente me sean hechas sobre datos sensibles o datos de menores de edad los cuales serán tratados respetando sus derechos fundamentales e intereses superiores.

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a Colsanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales, con la finalidad principal de contratación, ejecución e información de los bienes y servicios de Colsanitas como Responsable del Tratamiento, así como el contacto y envío de información sobre la prestación del servicio de salud a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales.

Colsanitas podrá recaudar y realizar tratamiento de datos personales sensibles relacionados con el estado de salud del usuario, antecedentes e historial clínico, información sobre estilo de vida y otros datos necesarios o convenientes exclusivamente para los fines de prestación de los servicios de salud y demás actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan. Los datos personales sensibles serán mantenidos y tratados con estricta seguridad y confidencialidad para los fines antes mencionados, conforme a la legislación y reglamentación aplicable. Se aclara que la historia clínica del paciente tiene reserva legal de acuerdo con lo establecido en la ley 23 de 1981 y en la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud. Colsanitas podrá transferir o transmitir, todos o parte de sus datos personales a cualquiera a las entidades autorizadas de acuerdo con la legislación colombiana para la realización de actividades y prestación de servicios médicos (ej.: equipo de salud), así como a sus empleados, contratistas, prestadores de servicio, IPS, proveedores, distribuidores y/o asesores, únicamente para la prestación del servicio, quienes estarán obligados a dar tratamiento a sus datos personales en calidad de responsables o encargados de los mismos y conforme con las finalidades y usos aquí previstos. En este sentido, Colsanitas podrá transmitir de manera exclusiva al área Unidad de

Gestión de Salud del Banco de la República, la información que resulte necesaria para llevar a cabo el control de ejecución del contrato de prestación integral de los servicios asistenciales, médicos y odontológicos y de la ejecución del contrato de interventoría y/o auditoría integral de salud.

De otra parte, Colsanitas S.A podrá realizar el tratamiento de mis datos personales de contacto para los siguientes fines: **(i)** La prestación de servicios de salud, demás 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 Colsanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, petición, entre otros. **(ii)** Enviar notificaciones de cambios o mejoras en el esquema de prestación de los servicios, avisos, programas de salud, fidelización o información sobre sus productos o servicios de acuerdo con la legislación aplicable. **(iii)** Efectuar las gestiones pertinentes para el desarrollo de la etapa precontractual, contractual y post contractual con Colsanitas, respecto de cualquiera de los servicios ofrecidos por ella que haya o no adquirido. **(iv)** Dar cumplimiento a la ley colombiana o extranjera y las órdenes de autoridades judiciales o administrativas; **(v)** Gestionar los trámites (solicitudes, quejas, reclamos, peticiones) que sean iniciados por los usuarios; **(vi)** Realizar análisis de riesgo y efectuar encuestas de satisfacción respecto de los bienes y servicios de Colsanitas; **(vii)** Dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas, grupo del cual forma parte Colsanitas, 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. **(viii)** Consultar a cualquier entidad pública o privada, médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para acceder a la información sobre mi estado de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a Colsanitas copia de toda la información que sea requerida. **(ix)** Transferir o transmitir a las compañías relacionadas con Colsanitas o cualquier matriz o filial, en calidad de encargados o a terceros en virtud de un contrato.

Colsanitas podrá realizar tratamiento de mis datos personales para fines estadísticos, de investigación, para estudios de riesgo, para suministrar a las asociaciones gremiales para la realización de estudios relacionados con la administración de sistemas de información del sector salud y para el desarrollo de nuevos productos y servicios siempre y cuando se adopten las medidas conducentes a la supresión de mi identidad (anonimización), de acuerdo con lo dispuesto en el literal e) del artículo 6 de la Ley 1581 de 2012.

Según lo establecido en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, otorgo mi consentimiento a Colsanitas para tratar mi información personal y la de los beneficiarios afiliados en mi contrato, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales y por tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: www.colsanitas.com, la cual aplicará en todo aquello que no contradiga los términos de la presente autorización. Autorizo a Colsanitas a modificar o actualizar su contenido, a fin de atender reformas legislativas, 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: _____
Nombre: _____
Identificación: _____
Fecha: _____

Datos del familiar si es mayor de 18 años.
Datos del titular (empleado, pensionado o beneficiario de sustitución pensional) si el familiar a inscribir es menor de 18 años.

Formato de autorización para acceso de historia clínica y tratamiento de datos personales

Departamento de Gestión de Salud



BR-3-750-0

Mediante el presente documento, yo _____ mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, en calidad de empleado _____ o pensionado _____ del Banco de la República o familiar mayor de dieciocho (18) años _____ o representante legal del Titular de los Datos Personales _____, otorgo autorización previa, expresa e informada a:

1. WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A., identificada con NIT. 890.901.604-4 y a WILLIS TOWERS WATSON CONSULTORES COLOMBIA S.A.S., identificada con NIT. 830.514.927-1 o a la empresa que sea designada por el BANCO DE LA REPÚBLICA para actuar en calidad de interventor(es) del contrato de prestación de servicios asistenciales médicos y odontológicos suscrito entre el BANCO DE LA REPÚBLICA y la empresa de medicina prepagada correspondiente (en adelante los "INTERVENTORES"), para que durante la vigencia del contrato de interventoría celebrado entre el BANCO DE LA REPÚBLICA y los INTERVENTORES, estos últimos accedan a mi Historia Clínica de los profesionales Puerta de Entrada (en adelante "Historias Clínicas"), a mis Datos Personales y Datos Sensibles relacionados con mi estado de salud, así como a los de mi(s) hijo(s) menor(es) de dieciocho (18) años y/o representado(s) por mi (en adelante los "Datos"), que se suministren y deriven de la ejecución de los mencionados contratos de prestación de servicios asistenciales médicos y odontológicos, y efectúen, en calidad de Responsables, el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de los mismos con la finalidad de que los INTERVENTORES puedan cumplir adecuadamente con la prestación de los servicios especializados de interventoría y administración de salud que le fueron contratados y encomendados por el BANCO DE LA REPÚBLICA, y que corresponden a los siguientes: (i) Validación y liquidación de primas del contrato de prestación de servicios asistenciales médicos y odontológicos; (ii) Auditoría de calidad de Historias Clínicas (médicas y odontológicas) de los profesionales Puerta de Entrada; (iii) Validación y verificación de los auxilios que sean entregados dentro del marco del contrato de prestación de servicios asistenciales médicos y odontológicos y; (iv) Validación y verificación de los medicamentos que sean entregados dentro del marco del contrato de prestación de servicios asistenciales médicos y odontológicos.

La presente Autorización se otorga a favor de los INTERVENTORES, de acuerdo con lo dispuesto en la normatividad que regula la protección de datos personales (Ley 1266 de 2008, Ley 1581 de 2012, Decreto 1074 de 2015 y demás normas que las modifiquen, complementen o sustituyan) y lo contemplado en la Ley 23 de 1981, la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y la Ley 2015 de 2020 sobre la elaboración, custodia, reserva y protección de la Historia Clínica, así como las demás normas aplicables que las modifiquen, complementen o sustituyan.

Para tal efecto, se informa que el tratamiento de los Datos Personales y Datos Sensibles, incluyendo las Historias Clínicas, se realizará por parte de los INTERVENTORES en calidad de Responsables, de acuerdo con la Política de Privacidad para la Protección de Datos Personales de los INTERVENTORES que se puede consultar en la página web de los INTERVENTORES y demás medios que estos pongan a disposición para conocimiento público, y teniendo en cuenta lo siguiente: (i) toda información que pueda asociarse a los Datos Personales o Sensibles podrá ser utilizada y compartida con los INTERVENTORES únicamente en los términos consignados en esta Autorización; (ii) como Titular de los Datos o representante del Titular, según corresponda, podré acceder, conocer, actualizar y rectificar los mismos; ser informado del uso dado a los mismos por parte de los INTERVENTORES; presentar consultas y reclamos a los INTERVENTORES sobre el manejo de dichos Datos; revocar esta Autorización o solicitar la supresión de los Datos en los casos que sea procedente, para lo cual se deberá presentar la respectiva revocatoria o solicitud de supresión a los INTERVENTORES, a través del correo electrónico Willis.Auditoria@wtwco.com, y los demás derechos establecidos en la Constitución Política de Colombia, la Ley y las normas que la reglamentan; (iii) los INTERVENTORES están obligados a dar un buen manejo a la información de carácter sensible según lo establecido en la normatividad vigente, particularmente, con el fin de realizar las gestiones necesarias que le han sido encomendadas por el BANCO DE LA REPÚBLICA dentro del marco del contrato de interventoría anteriormente señalado; (iv) reconozco que, de conformidad con la normatividad aplicable, los Datos Personales, Datos Sensibles e Historias Clínicas se almacenarán en las bases de datos administradas por los INTERVENTORES, y podrán ser utilizados, transferidos, transmitidos y administrados por los INTERVENTORES según las finalidades autorizadas, sin requerir de una autorización posterior por parte mía; (v) se me ha informado que no estoy obligado a dar mi autorización para el tratamiento de Datos Sensibles, incluyendo Historias Clínicas, o datos de menores de edad, los cuales serán tratados por los INTERVENTORES respetando los derechos fundamentales e intereses superiores; (vi) para ejercer los derechos que tengo como Titular de los Datos o representante del Titular, he sido informado que podré contactarme a través de los canales de atención previstos por los INTERVENTORES, los cuales están disponibles en su página web, y demás medios que estos pongan a disposición para conocimiento público.

Nombre y cédula del familiar si es mayor de 18 años.

Nombre y cédula del titular (empleado, pensionado o beneficiario de sustitución pensional), si el familiar a inscribir es menor de 18 años.

Si la afiliación corresponde a un beneficiario de sustitución pensional seleccione la opción "Pensionado"

Formato de autorización para acceso de historia clínica y tratamiento de datos personales

Departamento de Gestión de Salud



BR-3-750-0

En particular, en referencia a WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A., identificada con NIT. 890.901.604-4 y a WILLIS TOWERS WATSON CONSULTORES COLOMBIA S.A.S., identificada con NIT. 830.514.927-1, los datos de contacto son los siguientes: Avenida Carrera 19 # 95 - 20, Pisos 16 y 24, Torre Sigma de la ciudad de Bogotá D.C., Teléfono: 571 6067575 y/o correo electrónico <https://www.wtco.com/es-co>

2. De acuerdo con lo anterior, solicito, ordeno y autorizo expresamente a la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., identificada con NIT. 860.078.828-7 (en adelante COLSANITAS), para que en mi nombre y representación entregue a los INTERVENTORES mis Datos Personales, Datos Sensibles relacionados con mi estado de salud y copia de mis Historias Clínicas de los profesionales Puerta de Entrada que reposen en las bases de datos de COLSANITAS, así como los de mi(s) hijo(s) menor(es) de dieciocho (18) años y/o mi(s) representado(s), en caso que aplique, para que los INTERVENTORES en calidad de Responsables del Tratamiento, según se define en el literal e) del artículo 3º de la Ley 1581 de 2012, realicen el Tratamiento de los Datos Personales y Datos Sensibles por su cuenta y riesgo, de conformidad con lo previsto en la presente autorización, en especial lo indicado en el punto 1 anterior.

Así las cosas, y sin perjuicio de la calidad de Responsable del Tratamiento de los Datos que continuará manteniendo COLSANITAS en virtud de la Autorización de Tratamiento de Datos Personales otorgada a favor de ésta, declaro conocer y aceptar que una vez COLSANITAS entregue a los INTERVENTORES mis Datos Personales, Datos Sensibles e Historias Clínicas y/o los de mi(s) hijo(s) menor(es) de 18 años y/o representados, en caso que aplique; los INTERVENTORES también adquieren la calidad de Responsables del Tratamiento de dichos Datos de forma autónoma e independiente a Colsanitas. Por lo tanto, los INTERVENTORES estarán obligados a cumplir con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la complementen, modifiquen o sustituyan y serán responsables por los perjuicios, daños, costos, gastos, sanciones y demás que se causen y deriven por el incumplimiento o inobservancia de cualquiera de los deberes y obligaciones contenidas en la normatividad aplicable vigente.

La presente Autorización de Tratamiento de Datos Personales otorgada a favor de los INTERVENTORES tiene efectos a partir de la fecha de su firma, y estará vigente durante el plazo de ejecución del contrato CT352246004100 celebrado entre el BANCO DE LA REPUBLICA y COLSANITAS el 21 de noviembre de 2021, o de cualquier otro que con posterioridad se celebre entre dichas partes sobre el mismo objeto, y siempre que el(la) suscrito(a) y/o mi(s) hijo(s) menor(es) de 18 años y/o representados, en caso que aplique, sea(n) usuario(s) activo(s) de COLSANITAS a través de dicho contrato.

Manifiesto que la presente Autorización me fue solicitada e informada antes de la entrega de los Datos a los INTERVENTORES y la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Cordialmente,

Firma:

Nombre:

C.C.

Fecha:

Correo Electrónico:

Por favor diligenciar la siguiente información en dado caso que quien emita y suscriba la Autorización actúe en nombre y representación de un tercero y aportar los respectivos documentos legales que certifiquen tal calidad:

Nombre(s) y Apellidos del Titular de los Datos:					
Tipo de Documento de Identificación:		Número de Documento:			
Parentesco del Titular de los Datos con quien suscribe la Autorización					
Condición del Titular (Señalar con X la opción que aplique)	Menor de edad	Es situación de discapacidad absoluta	Por poder		

Datos del familiar si es mayor de 18 años.
Datos del titular (empleado, pensionado o beneficiario de sustitución pensional) si el familiar a inscribir es menor de 18 años.

Diligencie estos campos únicamente si el familiar a inscribir es un hijo menor de 18 años



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SERVICIO DE SALUD

Escriba la ciudad del titular (empleado, pensionado o beneficiario de sustitución pensional) y fecha actual

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
SEXO	ESTADO CIVIL				
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	SOLTERO (A) <input type="checkbox"/>	CASADO (A) <input type="checkbox"/>	SEPARADO (A) LEGALMENTE <input type="checkbox"/>	VIUDO (A) <input type="checkbox"/>	UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> FALLECIDO(A) <input type="checkbox"/>

- Diligencie la información del Titular (empleado o pensionado)
- Si usted es beneficiario de sustitución pensional diligencie la información del pensionado fallecido

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	

- Diligencie la información del familiar a inscribir.
- Diligencie sus datos si usted es beneficiario de sustitución pensional.

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 pensional 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, pensionado o beneficiario de sustitución pensional

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



Medisanitas

Escriba la ciudad del titular (empleado, pensionado o beneficiario de sustitución pensional) y fecha actual

Ciudad y fecha:

Señores
COLSANITAS S.A. - MEDISANITAS S.A.
Ciudad

Asunto: Trámite Solicitud No. _____

Dejar este espacio en blanco

Apreciados señores:

De manera atenta solicito tramitar mi afiliación al servicio de COLSANITAS
MEDISANITAS__ PLAN ODONTOLÓGICO__ PLAN MÉDICO
DOMICILIARIO__ mediante la solicitud en asunto.

Marcar "X" en Colsanitas

Dirección: _____ Ciudad: _____
Teléfono Fijo: _____ Celular: _____
Correo Electrónico: _____

Datos del titular (empleado, pensionado o beneficiario de sustitución pensional)

Para tal efecto, suministro mis datos y los de mi grupo familiar, así:
(Tenga en cuenta diligenciar los siguientes datos en el mismo orden en el que diligenciará el cuestionario de salud)

No DE USUARIO	NOMBRE	DOCUMENTO	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO	EPS ACTUAL
1					
2					
3					
4					
5					
6					

- Diligencie la información del familiar a inscribir.
- Diligencie sus datos si usted es beneficiario de sustitución pensional.

Cordial saludo,

Firma del titular

Firma del titular (empleado, pensionado o beneficiario de sustitución pensional)

Anexo: Fotocopia documentos de identidad
Adjunto: Cuestionario médico (No aplica para Plan Médico Domiciliario Plus y Colsanitas Dental)

Este cuestionario forma parte de la "Afiliación al Servicio de Medicina Prepagada" No _____

CUESTIONARIO DE SALUD

Por favor conteste las siguientes preguntas para el Titular usuario y cada uno de los solicitantes, tenga en cuenta que deben ir en el mismo orden en el que se registraron en la "Solicitud de Contratación al Servicio de Medicina Prepagada" indicado arriba. Registre S: Si es afirmativa, N: Si es negativa, o el número correspondiente cuando se indique.

En la casilla 1 de cada pregunta, responda: "S" si la respuesta es afirmativa y "N" si es negativa.

Diligencie frente a la pregunta 1 y 2, el peso y estatura del beneficiario a inscribir

		1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			
1. ESTADO DE SALUD GENERAL		OBSERVACIONES					ESTADO DE SALUD GENERAL					OBSERVACIONES				
1.1	Peso (kg) *Entre 1 y 300						2.51	Infarto Cardíaco								
2.1	Estatura (cm) *Entre 50 y 250						2.52	Epilepsia (convulsiones)								
1.3	¿Presenta alguna discapacidad física o enfermedad mental o psiquiátrica? Si la respuesta es afirmativa aclarar que tipo de discapacidad o enfermedad						2.53	Cirrosis hepática								
1.4	¿Ha requerido hospitalización o atención de urgencias en los últimos tres (3) meses? Aclarar por que diagnóstico						2.54	Hepatitis crónica								
1.5	¿Fuma más de cinco (5) cigarrillos al día?						2.55	Hernia inguinal (aclarar lateralidad)								
1.6	¿Consumo o ha consumido en forma repetida estupefacientes?						2.56	Hernia femoral								
2. ANTECEDENTES PERSONALES		OBSERVACIONES					2.57					OBSERVACIONES				
2.1	Catarata (aclarar lateralidad) N						2.58	Hernia Discal. Aclarar cual (Cervical, dorsal, lumbar)								
2.2	Faringitis (aclarar lateralidad)						2.59	Hipertensión arterial (tensión alta)								
2.3	Quarantismo (aclarar lateralidad)						2.60	Insuficiencia Renal Crónica								
2.4	Glaucoma (aclarar lateralidad)						2.61	Cálculos urinarios								
2.5	Desprendimiento de retina (aclarar lateralidad)						2.62	Buflajo vesicoureteral								
2.6	Desviación tabique nasal						2.63	Variante (aclarar lateralidad)								
2.7	Pólipos nasales						2.64	Hiperplasia de próstata								
2.8	Sinusalitis crónica						2.65	Hipertrofia de próstata								
2.9	Reinito Alérgico						2.66	Lupus u otras enfermedades del colágeno. (espondilitis anquilosante, síndrome de Sjögren) Aclarar cual								
2.10	Migraña						2.67	Artritis								
2.11	Disminución agudeza auditiva (aclarar lateralidad)						2.68	Enfermedad de transmisión sexual, cual? (Si lo desea, no responda esta pregunta)								
2.12	Otitis crónica						2.69	VII / SIDA (Si lo desea, no responda esta pregunta)								
2.13	Isquemia pte (aclarar lateralidad)						3. ANTECEDENTES FAMILIARES					OBSERVACIONES				
2.14	Atrofia cadera (aclarar lateralidad)						3.1	Su Padre, Madre o Hermano(a) ha sufrido de Diabetes (azúcar en la sangre)								
2.15	Atrofia rodilla (aclarar lateralidad)						3.2	Su Padre, Madre o Hermano(a) ha sufrido de Cáncer de colon								
2.16	Atrofia hombro (aclarar lateralidad)						3.3	Su Padre, Madre o Hermano(a) ha sufrido de Cáncer de seno								
2.17	Insuficiencia urinaria						4. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS					OBSERVACIONES				
2.18	Obesidad						4.1	¿Se ha practicado en los últimos 2 años una mamografía?								
2.19	Diabetes (Azúcar en la sangre)						4.2	¿Se ha practicado en el último año una citología cervico vaginal?								
2.20	Aneurisma cerebral						4.3	Si se encuentra en edad fértil, ¿plástica?								
2.21	Trastornos de la coagulación (síndrome antifosfolípido, hemofilia, von Willebrand) Aclarar cual.						4.4	¿Esta actualmente embarazada? Si la respuesta es afirmativa favor indicar, en número, cuántas semanas tiene de embarazo *1 y 40								
2.22	Eclampsia múltiple						4.5	Endometriosis								
2.23	Accidentes cerebro vasculares (hemorragia, tromboisis). Aclarar cual						4.6	Descenso del recto (rectocele)								
2.24	Aneurisma de torax						4.7	Descenso del útero o matriz (bivertebrales)								
2.25	Aneurisma de abdomen						4.8	Descenso de la vejiga (intestinales)								
2.26	Aneurisma de miembros inferiores (aclarar lateralidad)						4.9	Miomas o Fibromas del útero (matriz)								
2.27	Fibros quísticas						4.10	Ovario poliquístico								
2.28	Varicos piernas (aclarar lateralidad)						4.11	Quiste de seno (aclarar lateralidad)								
2.29	Amea						5. ENFERMEDADES CONGÉNITAS					OBSERVACIONES				
2.30	Enfermedad pulmonar crónica (Enfiamea pulmonar, Bronquitis crónica). Aclarar cual						5.1	Malformaciones del corazón (Comunicación interventricular e interauricular, coartación aórtica u otras).								
2.31	Embolia Pulmonar						5.2	Malformaciones renales (agenesia renal, riñón en herradura u otros).								
2.32	Tuberculosis						5.3	Displasia de cadera (Aclarar lateralidad y tratamiento recibido)								
2.33	Pneumonia						5.4	Malformación del sistema nervioso central (esquina bifida, Arnold chiari u otros).								
2.34	Vitigno						6. TRATAMIENTOS ANTERIORES, ACTUALES O PENDIENTES. Requiere o ha requerido algunos de estos tratamientos?.					OBSERVACIONES				
2.35	Cálculos vesícula						6.1	Dilatación								
2.36	Úlcera péptica						6.2	Osteño. Informar por qué diagnóstico es o fue ordenado								
2.37	Úlcera duodenal						7. TRATAMIENTOS ANTERIORES, ACTUALES O PENDIENTES. Si No Intervenido quirúrgicamente de:					OBSERVACIONES				
2.38	Reflujo gastroesofágico						7.1	Cadera (aclarar lateralidad y diagnóstico)								
2.39	Pancreatitis crónica						7.2	Columna (aclarar nivel y diagnóstico)								
2.40	Hemorroides						7.3	Corazón (informar que cirugía y por qué diagnóstico)								
2.41	Divertículo de colon						7.4	Rodilla (aclarar lateralidad y diagnóstico)								
2.42	Cáncer (tumores), aclarar qué tipo						7.5	Sistema nervioso central (aclarar por qué diagnóstico)								
2.43	DIABETES (AZÚCAR EN LA SANGRE)						7.6	Otra (aclarar tipo de cirugía, diagnóstico y lateralidad si aplica)								
2.44	Hipertiroidismo						8. TRATAMIENTOS ANTERIORES, ACTUALES O PENDIENTES. Requiere o ha sido trasplantado de					OBSERVACIONES				
2.45	Hipertiroidismo						8.1	Requiere o ha sido trasplantado de córnea (informar diagnóstico y lateralidad)								
2.46	Enfermedades de las válvulas cardiacas. Aclarar cual (Aórtica, Pulmonar, Mitrá, Tri-cúspide)						8.2	Requiere o ha sido trasplantado de riñón (informar diagnóstico y lateralidad)								
2.47	Enfermedad coronaria						8.3	Requiere o ha sido trasplantado de hígado								
2.48	Aneurismas de las arterias del corazón y/o grandes vasos						8.4	Requiere o ha sido trasplantado corazón								
2.49	Arritmias cardiacas						8.5	Requiere o ha sido trasplantado médula ósea (informar por qué diagnóstico)								
2.50	Insuficiencia cardiaca						8.6	Le han diagnosticado alguna enfermedad no relacionada en el cuestionario anterior?, especifique cual y tiempo de evolución								
Observaciones Cuestionario de Salud: Si lo requiere, registre sus observaciones con el número de la pregunta, seguido del solicitante correspondiente.																

Declaro que la información suministrada y las respuestas al cuestionario son ciertas y que no se ha omitido nada sobre el estado de salud de los solicitantes. Autorizo expresamente a Colsanitas o Medisanitas según corresponda, para que a través de sus médicos adscritos o de los representantes que ésta designe, conozcan y soliciten información sobre la salud o las historias clínicas de los solicitantes en cualquier momento, de parte de cualquier médico o institución, igualmente autorizo a los médicos o instituciones que poseen historias clínicas o datos sobre la salud de los solicitantes, para que suministren a Colsanitas o Medisanitas la información requerida por sus representantes y/o sus médicos adscritos. Todo lo anterior conforme a lo previsto en la ley 23 de 1981 y su decreto reglamentario 2380 de 1981.

FIRMA DE TITULAR _____

Firma del familiar si es mayor de 18 años.
Firma del titular (empleado, pensionado o beneficiario de sustitución pensional) si el familiar a inscribir es menor de 18 años.

DECLARACIÓN DE AFILIACIÓN A UNA E.P.S.

Escriba la ciudad del titular (empleado, pensionado o beneficiario de sustitución pensional) y fecha actual

 CIUDAD DD MM AAAA

Señores
 COLSANITAS S.A. o MEDISANITAS S.A.
 Ciudad

REF. REQUERIMIENTO DEL DECRETO 806 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE ABRIL 30 DE 1998.

Nombre del titular (empleado, pensionado o beneficiario de sustitución pensional)

Yo _____ identificado(a) como aparece al pie de mi firma, certifico que las personas relacionadas en la Solicitud de Contratación al Servicio de Medicina Prepagada o Contrato de Medicina Prepagada No. _____ se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a través de una E.P.S., o se encuentran afiliados a una entidad que pertenece al Régimen de Excepción del SGSSS, así:

Dejar este espacio en blanco

- Diligencie la información del familiar a inscribir.
- Diligencie sus datos si usted es titular, pensionado o beneficiario de sustitución pensional.

Nombre(s) y Apellidos	Documento de Identidad		E.P.S. actual	
	¹ Tipo	Número	Nombre	Fecha Afiliación
				MM AAAA

Si no conoce la fecha de afiliación, dejar este espacio en blanco

¹ Coloque la sigla según corresponda: **CC:** Cédula de Ciudadanía, **CE:** Cédula de Extranjería, **TI:** Tarjeta de Identidad, **RC:** Registro Civil, **PA:** Pasaporte

Así mismo, declaro que conozco la obligación legal de permanecer afiliados a una E.P.S. para efectos de la renovación de la Solicitud de Medicina Prepagada y me comprometo a ello.

Firma y documento de identidad del titular empleado, pensionado o beneficiario de sustitución pensional

 FIRMA DEL TITULAR

 DOCUMENTO DE IDENTIDAD

¹ Tipo _____ No. _____