

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES A LA EPS
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formato)



Radicado No.

I. Tipo de Trámite											
A. Afiliación <input type="checkbox"/>					B. Novedad <input type="checkbox"/>						
A. Afiliación					B. Novedad						
1. Tipo de Afiliación		2. Clase de Afiliación			3. Tipo de cotizante			Adición		Código de Novedad	
Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/>		Nuevo <input type="checkbox"/> Reingreso <input type="checkbox"/> Reintegro <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			

0. Fecha de radicación									
A	A	A	A	M	M	D	D	D	D

II. Datos Cotizante																			
4. Nombres y apellidos completos				Apellido 1				Apellido 2				Nombre 1				Nombre 2			
5. TD		6. No. de identificación				7. Fecha de nacimiento				8. Sexo		9. Estado civil		10. Tipo de discapacidad		11. Nombre IPS		12. Código IPS	
						A A A A M M D D													
13. Dirección de residencia								14. Barrio				15. Zona							
16. Ciudad/Municipio				17. Cód. Ciudad/Municipio		18. Departamento				19. Teléfono				20. Celular					
21. Correo electrónico						22. EPS anterior				23. Código EPS anterior		24. Mes de aporte							
												A A A A M M							

III. Información de beneficiarios																	
Beneficiario	25. TD	26. No. de identificación	27. Nombres y apellidos completos				28. Sexo	29. Parentesco	30. Fecha de nacimiento			31. Nivel educativo	32. EPS anterior	33. Cód. EPS anterior	34. UPC	35. Tipo discapacidad	C. Cód. Novedad Benefic.
			Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2			Año	Mes	Día						
B1		Cónyuge o compañero(a)															
B2																	
B3																	
B4																	
Beneficiario	36. Dirección de residencia		37. Barrio	38. Zona	39. Teléfono	40. Ciudad/Municipio	41. Departamento	42. Nombre IPS	43. Cód. IPS	44. Clase de afiliación Beneficiarios							
	Cónyuge o compañero(a)									Nuevo	Reingreso	Reintegro	Traslado				
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	

IV. Información para beneficiarios UPC adicional																																			
45. UPC adicional																																			
Número de benef.	B1	B2	Fecha inicio UPC				Valor mensual de la UPC				Número de benef.	B1	B2	Fecha inicio UPC				Valor mensual de la UPC																	
			B3	B4	A	A	A	M	M	D				D	B3	B4	A	A	A	M	M	D	D												
			A	A	A	M	M	D	D				A	A	A	M	M	D	D																

V. Información del empleador y/o entidad pensionadora																
46. TD		47. No. de identificación				48. DV		49. Nombre o razón social				50. Dependencia		51. Centro de costo		
52. ARP			53. AFP				54. Dirección empresa				55. Ciudad empresa		56. Teléfono empresa			
57. Fecha ingreso a la empresa		58. Tipo salario		59. Cargo		60. Cód. cargo		61. Ingreso base cotización o mesada pensional		62. Número afiliación al ISS (Diligencie sólo para pensionados ISS)						
A A A A M M D D																

VI. Información exclusiva trabajador independiente o contratista															
63. Vivienda		64. Nivel educativo		65. Posición ocupacional		66. Productor agropecuario		67. Actividad económica		68. AFP		69. ARP			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
70. Ingreso base de cotización						71. Cotización						72. Información exclusiva contratista			
												Inicio contrato			
												A A A A M M D D			

VII. Declaraciones juramentadas (diligencie sólo para hijos mayores de 18 años, padres, cónyuge y compañero(a) permanente)											
<input type="checkbox"/> Dependencia económica: Bajo la gravedad de juramento declaro que el (los) beneficiario(s) reportado(s) depende(n) económicamente de mí. Decreto 1703, Art. 3, Item 2.8				<input type="checkbox"/> Convivencia: Bajo la gravedad de juramento, como cotizante declaro que conviví hace _____ meses con el (la) Sr (a) _____ identificado(a) con (tipo documento) número _____ expedida en _____ (Cotizante firma en el numeral 81)				Índice derecho			
				Firma del compañero(a) permanente				No. Documento			
								Huella compañero(a)			

VIII. Observaciones y Anexos																											
73. Observaciones						74. Documentación																					
						AG	CA	CC	CE	CN	CP	DJ	DP	EC	FP	HC	ML	MP	PA	RC	RM	RP	RS	SD	TI	CD	
						CT																					
						B1																					
						B2																					
B3																											
B4																											

IX. Indicaciones (Antes de firmar lea con atención y escriba en el cuadro S (si) o N (no), estos campos son de diligenciamiento obligatorio).											
<input type="checkbox"/> * Autorizo a esta EPS el envío de información por correo electrónico y al celular por mensaje de texto.				<input type="checkbox"/> * Declaro que la EPS me entregó la carta de derechos del afiliado y del paciente y me informó que cualquier actualización la puedo consultar en la página web de la EPS o en la central telefónica.							
<input type="checkbox"/> * Declaro en calidad de cotizante que junto con el (los) beneficiario(s) reportado(s) no estamos afiliados a otra EPS.				<input type="checkbox"/> * Declaro que en caso que se incumplan los pagos de UPC Adicional, esta EPS podrá declarar insubsistentes los plazos y cuotas que constituyen la mora y así mismo exigir el pago inmediato judicial o extrajudicialmente.							
<input type="checkbox"/> * Declaro que he sido informado (a) clara y concisamente a través de los medios informativos de esta EPS en todos los aspectos referentes al diligenciamiento de este formato, proceso de adición de beneficiarios y tarifas de UPC.				<input type="checkbox"/> * Declaro que mi cónyuge o compañero(a) cotiza: TD _____ No. _____							
				<input type="checkbox"/> * Declaro que el cabeza de grupo familiar se identifica con: TD _____ No. _____							

75. Firma del cotizante y documento de identidad				76. Firma y sello empleador				77. Espacio para sello de radicado Uso exclusivo de la EPS			
--	--	--	--	-----------------------------	--	--	--	---	--	--	--

Todo niño que nazca quedará automáticamente como beneficiario de la Entidad Promotora de Salud a la cual esté afiliada su madre de acuerdo a lo establecido en el artículo 163 parágrafo 2 de la Ley 100 de 1993

78. Código del Asesor:

Original: EPS Copia 1: Afiliado Copia 2: Empleador - Entidad Pensionadora

--	--	--	--	--	--	--	--

"RECUERDE DILIGENCIAR EL ESTADO DE SALUD AL RESPALDO DE ESTA PÁGINA"

Declaración del Actual Estado de Salud POS

Señor(a) afiliado(a), este cuestionario nos permitirá conocer su estado de salud y el de su grupo familiar. El objetivo es poder brindarle un servicio oportuno y vincularlo a los programas de salud preventiva que ofrece la EPS. Agradecemos su sinceridad al responder todas las preguntas. La EPS garantiza absoluta confidencialidad sobre la información que suministre en esta declaratoria.

Diligencie la información en el mismo orden registrado en el formulario de afiliación. TD: Tipo de identificación, registre según tabla del numeral 8 contenido en las instrucciones de diligenciamiento de este formulario.

Tipo de afiliado	TD	Número de documento	Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2
Cotizante						
B1		Cónyuge y/o compañero(a)				
B2						
B3						
B4						

Rellene el cuadro totalmente cuando la respuesta sea **afirmativa**.

Deje el cuadro en **blanco** cuando la respuesta sea **negativa**.

Cuestionario	Cot.	B1	B2	B3	B4
Variables de exposición					
1. ¿Realiza alguna actividad física o deporte semanalmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Presenta sobrepeso u obesidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha perdido más de 10 kilos de peso en los últimos seis (6) meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Actualmente fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Consumo bebidas alcohólicas más de una vez en el mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha presentado tos por más de 15 días en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Usa algún método de Planificación Familiar? (Sólo para mayores de 12 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Presenta alguna limitación o discapacidad física o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido alguna enfermedad relacionada con su trabajo u ocupación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sufre o sufrió alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud					
10. ¿Tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Presión o tensión alta (Hipertensión arterial)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Azúcar en la sangre o diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Artrosis, dolor frecuente en rodillas caderas o limitación para caminar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Enfermedades respiratorias como: asma, bronquitis, efisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que requieran o hayan requerido oxígeno o tratamiento con inhaladores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Alergias o infecciones respiratorias que hayan terminado en hospitalización en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Problemas mentales o psiquiátricos que requieran o hayan requerido tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sufre o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades por las cuales haya requerido tratamiento médico o cirugía					
17. ¿Infarto de corazón, angina cardiaca o pre infarto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Derrames cerebrales o trombosis (accidentes cerebro vascular)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Insuficiencia o falla renal, que requiera o haya requerido diálisis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Epilepsia, convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Enfermedades y/o cirugía vasculares o del corazón como arritmias, problemas de válvulas cardiacas (soplos), falla o insuficiencia cardiaca, aneurismas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Enfermedades de transmisión sexual, VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Lupus, artritis reumatoide, esclerosis u otras enfermedades autoinmunes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Sangrados, hemofilia o anemia frecuente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Malformaciones congénitas del corazón, cerebro, columna, médula espinal, riñón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Cáncer de cualquier órgano, tumores, o cáncer en la sangre (leucemia, linfoma o mieloma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha requerido o sabe si necesita alguno de los siguientes tratamientos					
27. ¿Reemplazo articular o prótesis de la cadera, rodilla u hombro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Marcapasos, prótesis valvulares o del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ¿Quimioterapia, radioterapia o cirugía para el cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿Ha recibido o sabe que requiere trasplante de algún órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preguntas solo para mujeres mayores de 12 años					
31. ¿Está embarazada o cree estarlo en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ¿Se ha practicado la citología dentro de los dos (2) últimos años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Algún familiar cercano como: madre, hermanas, abuelas o tías, ha sufrido o ha muerto por cáncer de mama o seno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada y consignada en este formato corresponde rigurosamente a la verdad y no hay omisión de la misma. Autorizo a la EPS para solicitar a cualquier médico, profesional de la salud, centro hospitalario y otros, las historias clínicas y demás información de mi estado de salud y el de mis beneficiarios. Firmo para constancia a los _____ días del mes de _____ de _____.					
Si considera que debe ampliar algunas de las preguntas realizadas, escriba en observaciones.					
Observaciones: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
_____ Firma y cédula del cotizante		_____ Huella del cotizante		_____ Espacio para sello de radicado Uso exclusivo de la EPS	

Carta de derechos de los afiliados de Compensar EPS y su carta de desempeño

Apreciado afiliado: En cumplimiento a la resolución 001817 del 29 de mayo de 2009, y la resolución 2628 del 6 de agosto de 2009 del Ministerio de la Protección Social, es importante que conozca la siguiente información como afiliado al Plan Obligatorio de Salud POS.

1. Plan de beneficios

El Plan Obligatorio, es el conjunto de servicios para la atención en salud a los que el afiliado a una Entidad Promotora, tiene derecho en el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Incluye un conjunto de acciones de prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud desde la medicina preventiva básica hasta diversos tratamientos avanzados de alta complejidad.

De acuerdo con lo establecido en la Resolución 5261, el Acuerdo No. 03 de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud y demás normas que lo modifiquen, adicionen y complementen, las siguientes son las coberturas y plan de beneficios del POS:

Acciones de promoción y prevención, atención de urgencias, consulta en medicina general y especializada, medios de diagnóstico, apoyo terapéutico, medicamentos, terapias físicas, respiratoria, ocupacional y del lenguaje, hospitalización, tratamientos quirúrgicos, odontología, atención integral de la gestante y recién nacido y todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentran contenidas en las normas que comprenden el Plan Obligatorio de Salud.

2. Servicios de demanda inmediata

Son las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas. Los siguientes servicios no tienen costo para los afiliados:

Protección específica: vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), atención preventiva en salud bucal, atención del parto, atención al recién nacido, atención en planificación familiar a hombres y mujeres.

Detección temprana: detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (Menores de 10 años), detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años), detección temprana de las alteraciones del embarazo, detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años), detección temprana del cáncer de cuello uterino, detección temprana del cáncer de seno, detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.

Atención obstétrica: las mujeres en estado de embarazo se les cubrirán la prestación de servicios de salud en el control prenatal, en la atención del parto, en el control del post parto y para la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.

La atención obstétrica contemplará: consulta médica general (De acuerdo con la guía de atención), consultas de enfermería (De acuerdo con la guía de atención), consulta por obstetra, dependiendo del riesgo obstétrico y de acuerdo con la guía de atención, ecografía gestacional de acuerdo con el criterio médico, atención del parto, consultas post parto, medios diagnósticos y de laboratorio de acuerdo con lo establecido para el nivel de atención, RX de acuerdo con lo establecido para el nivel I, atención de urgencias, odontología, atención en nutrición y planificación familiar. (De acuerdo con el riesgo obstétrico se definirá el plan a seguir con la paciente.)

3. Exclusiones y limitaciones del plan obligatorio de salud

El Plan Obligatorio de Salud contiene exclusiones y limitaciones que en general serán todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos y tecnología en salud que no contribuyan a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. A continuación se relacionan las exclusiones y limitaciones expresas del Plan de Beneficios del Plan Obligatorio de Salud POS:

Cirugía estética con fines de embellecimiento, tratamientos nutricionales con fines estéticos, tratamientos para la infertilidad, tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental, tratamientos o cursos de reposo o del sueño, medias elásticas de soporte, corsés, fajas, plantillas, zapatos ortopédicos, sillas de ruedas, lentes de contacto (Los lentes se suministrarán una vez cada cinco años en los adultos y en los niños una vez cada año; siempre por prescripción médica para defectos de la visión) y demás requisitos establecidos en las respectivas guías integrales de atención, tratamiento con psicoterapia individual, psicoanalisis o psicoterapia prolongada (No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad y solo durante la fase inicial, tampoco se excluyen las terapias grupales y se entiende por fase crítica o inicial aquella que se puede prolongar máximo hasta los treinta días de evolución), tratamiento para vicios con fines estéticos, actividades, procedimientos e intervenciones para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosas, traumáticas o de cualquier índole en un enfermo; o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación (Podrá brindarse soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor, la incomodidad y la disfuncionalidad o terapia de mantenimiento y todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en las respectivas guías integrales de atención), actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación; distintos a aquellos necesarios estrictamente para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas.

4. Derechos de los pacientes

- Recibir atención integral de la salud y ésta debe entenderse como un proceso integral en el que es requisito fundamental adoptar procedimientos, mecanismos, medios, instrumentos y canales.
- Conocer la información necesaria y adecuada para acceder a los servicios de salud con libertad y autonomía.
- Recibir respuesta oportuna sobre sus opiniones y sugerencias.
- Elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones que le presten la atención requerida, dentro de las opciones que la EPS ofrezca según la red de servicios contratada y la capacidad disponible en éstas. Para el eficiente uso de los servicios y garantizar la oportuna prestación de los mismos, se atenderá la condición de acuerdo con el nivel de complejidad requerido acorde con el Modelo de Salud de Compensar EPS.
- Disfrutar de la participación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones sociológicas y culturales que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleva. También el derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconciencia o minoría de edad, consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia de su decisión.
- Recibir un trato digno.
- Todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y sólo con su autorización, puedan ser conocidos o en los casos expresamente autorizados por la ley.
- Derecho a que durante todo el proceso de la enfermedad se le preste optima calidad de acuerdo con la tecnología y red disponible.
- Revisar y recibir explicaciones acerca del cobro de cuotas moderadoras o copagos frente a los servicios de salud obtenidos.
- Recibir o no usar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.
- Respetar la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado; siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
- Respetar la voluntad de aceptación o retusar la donación de sus órganos para que éstos sean transplantados a otros enfermos.
- Morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.
- A que se le expida el formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos (SNSFNSSM), excluidos del Plan Obligatorio de Salud.

4.1 Deberes de los afiliados y beneficiarios

- Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
- Afiliarse con su familia al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Facilitar el pago y pagar cuando le corresponda las cotizaciones y pagos obligatorios a que haya lugar.
- Siempre informar con claridad y completa verdad sobre su estado de salud y los ingresos base de cotización.
- Vigilar el cumplimiento de las obligaciones contradas por los empleadores a las que se refiere la presente Ley.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le prestan atención en salud.
- Cuidar y hacer un uso racional de los recursos, las instalaciones y la dotación. Así como de los servicios y prestaciones sociales y laborales.
- Tratar con dignidad al personal humano que lo atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes.

5. Periodos de carencia

Con respecto al número de semanas mínimas de cotización necesarias para acceder a algunos servicios incluidos dentro del Plan Obligatorio de Salud. No habrá períodos mínimos de cotización o períodos de carencia superiores a 26 semanas en el régimen contributivo. A los afiliados se les contabilizará el tiempo de afiliación en el régimen subsidiado o en cualquier EPS del régimen contributivo para el cálculo de períodos de carencia.

Para la atención en salud y cubrimiento su o totalidad por Compensar EPS, el afiliado requerirá 26 semanas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los servicios o procedimientos tales como: tratamiento con radioterapia y quimioterapia para el cáncer, diagnóstico para insuficiencia renal crónica, trasplante de riñón, corazón, hígado, médula ósea y de córnea, tratamiento para el SIDA y sus complicaciones, tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central, tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito, tratamiento médico quirúrgico para el trauma mayor, terapia en unidad de cuidados, tratamiento del gran quemado, reemplazos articulares.

Cuando el afiliado sujeta a períodos mínimos de cotización requiera alguno de los tratamientos anteriores, Compensar EPS asumirá el porcentaje correspondiente equivalente a las semanas cotizadas.

6. Pagos moderadores

Cuotas moderadoras: tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS, éstas se cobran tanto a afiliados cotizantes como afiliados beneficiarios de la EPS.

Los servicios a los que se aplicará el cobro de cuotas moderadoras son: consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada; consulta externa por médico especialista, fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios, exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieren autorización adicional a la del médico tratante, exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieren autorización adicional a la del médico tratante.

Monto de cuotas moderadoras: se aplicarán por cada actividad descrita, con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos, así:

Estrato	Ingreso base cotización	Cuota moderadora
1	Menos de 2 SMMLV	11,7% de SMDLV
2	Entre 2 y 5 SMMLV	46,1% de SMDLV
3	Más de 5 SMMLV	121.5% de SMDLV

SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente / SMDLV: Salario Mínimo Diario Legal Vigente

Copagos: aportes en dinero que deben realizar exclusivamente los afiliados beneficiarios del Plan Obligatorio de Salud POS, de acuerdo con el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Los valores corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema. Se aplicarán a todos los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud con excepción de servicios de promoción y prevención, programas de control en atención materno infantil, programas de control en atención de las enfermedades transmisibles, enfermedades catastróficas o de alto costo, atención inicial de urgencias, Servicios a los que se lea aplicable el cobro de cuota moderadora.

Monto de copagos por afiliado beneficiario: El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante, expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes de la siguiente manera:

Estrato	I.B.C. Ingreso base cotización	Copago por evento	Topo máximo copago por año calendario
1	Menos de 2 SMMLV	11,5% del valor de servicio sin que exceda el 28,7% de un (1) SMMLV	57,5% de un (1) SMMLV
2	Entre 2 y 5 SMMLV	17,3% del valor de servicio sin que exceda el 115,0% de un (1) SMMLV	230% de un (1) SMMLV
3	Más de 5 SMMLV	23% del valor de servicio sin que exceda el 200% de un (1) SMMLV	460,0% de un (1) SMMLV

7. Red de prestación de servicios

Los afiliados a Compensar EPS acceden a la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, a través de la siguiente Red:

Unidad de Servicios de Salud	Dirección	Teléfono	Nivel
Calle 26	Av. Calle 26 No.66A-48		
Calle 67	Calle 67 No.10-06		
Calle 42	Calle 42 No. 13-19		
Kennedy	Tr.78H No.41F-28 Sur	444 12 34	
Suba	Cr.90 No.146B-17		
Fontibón	CC Portal de la Sabana Av. Calle 13 con Cr.104		
Surorient	Cr.21 No.24-38 Sur		
Alamos	Calle 64 No.90A-40		
Soacha	Dg.7 No.8-21	730 02 00	I y II
Simón Bolívar	Av. Villavicencio No.45-14		
Calle 80	Calle 80 No.69K-27	660 08 00	
Chía	Av. Pradilla No.5B-10, Chía	862 03 07	
Usaquén	Cr.7 No.124-45	651 39 00	
Calle 13	Calle 13 No.37-10	277 32 91	
Molinos	Calle 51 Sur No.7-74	714 56 11	
Facativá	Cr.7 No. 11-14, Facativá	843 74 46	I

Para mayor información consulte www.compensar.com/salud

8. Red de urgencias

Institución	Dirección	Teléfono	Nivel
Cruz Roja Colombiana	Av. 68 No.66-31	231 90 27	II
Clínica Partenón	Calle 74 No.76-65	430 43 12	III
Hospital San Ignacio	Cr. 7 No.40-62	422 77 22	III
Hospital San José	Cil.10 No.18-75	353 80 00	III
Hospital Clínica San Rafael	Cr. 8 No.14-45 Sur	272 99 00	III
Hospital Infantil de San José	Cr.40 No.67A-21	231 00 42	III
Fundación Cardio Infantil	Cil.163A No.28-60	669 06 49	III
Clínica Universitaria Teletón	Km 21 Aut. Norte - La Caro	861 77 77	III
Hosp. Univers. Mayor-Méderi	Cil.24 No.29-45	560 05 20	III
Hosp. Barrios Unidos-Méderi	Cil.66 No.52-25	660 92 20	II
Clínica El Bosque	Calle 134 No.7B-41	649 93 00	III
Instituto Ortopédico Roosevelt	Av. Circunvalar No.17-50	341 11 11	III
Hospital La Misericordia	Cr.14 No.01-13	381 19 70	III
Clínica La Paz	Calle 13 No.68F-25	292 12 77	III
Fundación Abood Shaio	Diag. 115A No.70C-75	593 82 10	III
Clínica Nueva	Diag. 45 No.16B-23	340 19 72	III

Las novedades y modificaciones, estarán disponibles para su consulta en la siguiente dirección www.compensar.com/salud/red_urgencias.aspx o comuníquese a la central telefónica.

9. Mecanismos de acceso a servicios

Mecanismo de acceso a servicios de salud electivos (Cirugía programada): debe presentarse directamente en los puntos de atención Integral (PAI), o enviar por correo electrónico a autorizacion.servicioselectivospos@compensar.com o vía fax al teléfono 4285000 extensión 1415 como imagen adjunta.

La respuesta positiva le será comunicada al usuario y enviada al Prestador por Compensar, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud. En el caso de que el servicio requerido sea de carácter prioritario, la respuesta de la solicitud de servicios electivos le será comunicada al usuario y enviada al prestador por parte de Compensar dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud.

En caso de ser positiva la respuesta, Compensar EPS se comunicará telefónicamente con el usuario con quien se concertará la fecha y hora de la cita, o se le informará el número telefónico del prestador seleccionado para que él directamente confirme la fecha y hora, así mismo se le informará el valor del pago compartido.

Mecanismo de acceso a los servicios de urgencias

Si usted presenta síntomas que comprometen su vida, acuda a la institución de urgencias más cercana. (Ver red de urgencias POS). Si la urgencia se presenta fuera de Bogotá, comuníquese al teléfono 018000-915202, para recibir información, orientación y ubicación en la institución más adecuada con respecto al lugar donde se encuentre. Si no se puede comunicar por favor acudir a cualquiera de las Instituciones prestadoras de servicios de salud.

Mecanismo de acceso a servicios no incluidos en el plan de beneficios

Cuando el servicio médico, prestación de salud y/o medicamento ordenado para el tratamiento del usuario por el profesional de salud inscrito a Compensar EPS, no está incluido dentro de las coberturas del Plan Obligatorio de Salud POS, la solicitud del mismo puede presentarse ante Comité Técnico Científico.

El Comité Técnico Científico es un órgano autónomo conformado por un representante de la EPS, un representante de las IPS adscritas a Compensar y un representante de los usuarios elegido en la Asamblea Anual de Usuarios. Este comité se encarga de analizar las solicitudes presentadas y aprobarlas o desaprobarlas según lo definido en la Resolución 3099 de 2008.

Para la evaluación de los casos en el comité el usuario debe presentar el formato de solicitud diligenciado por el profesional solicitante, resumen de historia clínica completa que evidencie y justifique el servicio ordenado, incluyendo la última consulta y firmado por el mismo profesional que solicita el servicio con vigencia no mayor a 30 días, fórmula para el medicamento solicitado cumpliendo los requisitos legales para la formulación y/o copia de la orden médica del servicio médico o prestación solicitada, resultados de exámenes de apoyo diagnóstico y en casos especiales los estudios realizados y protocolos de manejo. El usuario presenta los documentos completos en las sedes y horarios establecidos por la EPS (la respuesta a la solicitud y entrega de autorizaciones se realizará en los 8 días calendario siguientes a la fecha de radicación, confirmando No. del acta de aprobación del comité y número de caso)

10. Transporte y estadía

Los afiliados a Compensar EPS tendrán derecho al servicio de transporte en los casos de urgencia debidamente certificada o en los casos en que los pacientes se encuentren internados en una institución prestadora de servicios de salud y requiera atención complementaria.

La IPS en la cual se este prestando el servicio de salud se comunicará con la Central telefónica 4441234 para coordinar el servicio.

11. Condiciones para la verificación de derechos

Para uso de los servicios es indispensable presentar los siguientes documentos: para adultos: documento de identificación y carné de afiliación al POS. Y para menores de edad: documento de identificación del menor o del cotizante. (Si no porta el carné se accede a servicio con el documento de identificación).

12. Servicios administrativos de contacto

El acceso a los servicios se puede realizar por los siguientes canales de atención

- Canal presencial en la oficina principal de atención al usuario ubicada en la Avenida Calle 26 No. 66 A - 48 - piso 5 - torre A, Canal virtual: sitio Web www.compensar.com. Canal telefónico: central telefónica:444 1234 y fax 4285000 y Correo electrónico: gyseps@compensar.com

Así mismo, Compensar EPS cuenta con Puntos de Atención Integral PAI, en los cuales se brinda información y orientación al usuario de manera personalizada.

Compensar Calle 26	Av. Calle 26 No.66A-48		Lunes a Viernes de 6:30 a.m. a 6:30 p.m. Sábados de 6:30 a.m. a 12:30 p.m.
Compensar Calle 42	Calle 42 No. 13 – 19		Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sábados de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.
Compensar Kennedy	Tr.78H No.41F-28 Sur	444 12 34	Lunes a Viernes de 6:30 a.m. a 7:00 p.m. Sábados de 6:30 a.m. a 1:00 p.m.
Compensar Fontibón	CC Portal de la Sabana Av. Calle 13 con Cr.104		Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sábados de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.
Compensar Sur oriente	Carrera 21 No.24-38 S		Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Sábados de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

13. Libre elección

Compensar EPS garantiza a sus afiliados la libertad de elección de las instituciones prestadoras de servicios y de los profesionales, entre las opciones que como Entidad Promotora de Salud ofrece, dentro de su red de servicios. Así mismo, garantiza la libre escogencia y traslado de EPS de salud de conformidad con los procedimientos, tiempos, límites y demás condiciones previstas en la ley.

Frente a la libertad de escogencia de IPS: Los afiliados podrán elegir la IPS o profesional de la salud del listado publicado en la presente carta, teniendo en cuenta las novedades y actualizaciones realizadas en el sitio web de Compensar EPS: www.compensar.com. Y los mecanismos de referencia y contrarreferencia definidos para el acceso a cada uno de los servicios por niveles de complejidad.

Frente a la libertad de escogencia y traslado de EPS:

- El traslado voluntario de un usuario podrá hacerse a partir de un año de afiliado a Compensar EPS.
- Si el plazo de doce meses se cumpliera durante el transcurso de una incapacidad o licencia de maternidad, la oportunidad para el traslado se suspenderá hasta el primer día hábil del mes siguiente, en el cual termine la licencia o incapacidad. Lo aquí dispuesto también se aplicará cuando el afiliado requiera procedimientos de alta complejidad mientras se encuentra internado en una entidad hospitalaria.
- El término de traslado voluntario cuenta con estas excepciones: en casos de unificación de grupo familiar; cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y ésta no sea cierta, podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en esta. El traslado voluntario de un usuario podrá hacerse a partir de un año de afiliado a esa EPS, o en los casos de no cobertura geográfica.
- En general, cuando el paciente se encuentre en un tratamiento de alto costo deberá permanecer por lo menos dos (2) años afiliado a la EPS después de culminado el tratamiento.

14. Participación social

Los usuarios de Compensar EPS han creado la Asociación de Usuarios cuya razón social es “ASUCOM EPS”, organismo cívico sin ánimo de lucro registrado y reconocido por las entidades competentes. Integrada voluntariamente por personas naturales afiliadas a Compensar EPS que se denominan usuarios, quienes aunando esfuerzos y recursos procuran dar soluciones a las necesidades de los asociados. Para comunicarse con la Asociación de Usuarios de Compensar EPS, o para asociarse a la misma, puede acercarse a la oficina de Atención al Usuario ubicada en la Sede Calle 26 - Avenida Calle 26 No. 66A - 48 piso 5 torre A.

15. Solución de conflictos

Ante cualquier diferencia relacionada con la prestación del servicio de salud por parte de Compensar EPS el afiliado puede dirigirse a la Superintendencia Nacional de Salud, quien avocará conocimiento y le dará traslado a la EPS para que dentro de los cinco (5) días siguientes a su recibo, proceda a dar respuesta por escrito al peticionario o quejoso, enviando copia de la respuesta a la Superintendencia Nacional de Salud con fotocopia de los documentos entregados al peticionario si los hubiera, sin perjuicio que la entidad deba rendir las explicaciones pertinentes de acuerdo con lo establecido en la normatidad legal vigente. Así mismo, en las respuestas a las peticiones de los usuarios, Compensar EPS en la parte final de la comunicación dirigida al peticionario informará al mismo, que ante cualquier desacuerdo con la decisión adoptada puede elevar consulta ante los diferentes organismos de inspección, vigilancia y control, como la Superintendencia Nacional de Salud.

16. Inspección, vigilancia y control

En la actualidad existe el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, los cuales están en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud y al Invima.

Compensar EPS es vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud, ubicada en la Carrera 13 No. 32-76 pisos 6, 7 y 8. En la página www.supersalud.gov.co puede registrar en el formulario de Peticiones y Reclamos de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas a través de la línea gratuita nacional 018000 513700 o desde Bogotá al 483 7000, en el horario de atención de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.

Las IPS adscritas a la red de prestadores de servicios de salud de Compensar EPS son vigiladas por la Secretaría de Salud ubicada en la carrera 32 No. 12-81. Su página es www.saludcapital.gov.co, la línea gratuita Nacional 018000-919551, en Bogotá en el 3 64 95 49 y 3 64 9090 Ext. 6810; 6611; 9941 y 9943.

CARTA DE DESEMPEÑO DE LA EPS

1. Indicadores de calidad de la entidad promotora de salud compensar

A continuación presentamos el resultado de los indicadores de calidad de los servicios de aseguramiento en salud definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, para la entidad promotora de salud Compensar EPS en forma comparativa con la media nacional. (Fuente: tomado desde la página de internet del Ministerio de la Protección Social el 31 de octubre de 2009)

Código	Descripción	Resultado primer trimestre 2009	
		Compensar	Nacional
E.1.1.0	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general	7.36	3.01
E.1.2.0	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada	14,67	7,66
E.1.3.0	Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POSS	17	3269
E.1.4.0	Oportunidad de entrega de medicamentos POS	98,89	90,91
E.1.5.0	Oportunidad en la realización de cirugía programada	23,8	16,31
E.1.6.0	Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de odontología general	15,17	6,55
E.1.7.0	Oportunidad en la atención en servicios de imagenología	4,69	3,36
E.1.8.0	Oportunidad de la referencia en la EPS - ARS – CCF – EA - MP	3,17	4,74
E.2.1.0	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año.	26,18	90,49
E.2.2.0	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	88,89	70,25
E.3.1.1	Tasa de mortalidad por neumonía en mayores de 65 años	56,44	5,72
E.3.1.2	Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años	4,01	1,44
E.3.2.0	Razón de mortalidad materna	21,12	58,82
E.4.1.0	Tasa de satisfacción global	82,09	85,23
E.4.2.0	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	96,66	87,8
E.4.3.0	Tasa de traslados desde la EPS, ARS, CCF, EA, MP	0,37	1,42

http://www.minproteccionsocial.gov.co/cs/public/informacion/mando_eapb.aspx54

2. Indicadores de calidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud

Instrucciones de diligenciamiento formulario único de afiliación y novedades a la EPS

Diligencie el formulario en letra imprenta, legible, clara, sin borrones ni tachones. Datos, firmas y huellas, en tinta negra. Diligencie en cada casilla una letra, número, cruz o caracter, sin salirse de la cuadrícula y sin tocar los contornos. Use siempre mayúsculas. Los datos se deben diligenciar como aparecen en el documento de identidad. Los campos sombreados son para diligenciamiento del asesor o la EPS.

0. Fecha de radicación: corresponde a la fecha de radicación del formulario.

I. Tipo de trámite:

Marque con una X el tipo de trámite que va a realizar **A. Afiliación** o **B. Novedad**.

A. Para afiliaciones

1. Tipo de afiliación: marque con una X el tipo de afiliación, individual (Si la afiliación se hace directamente por iniciativa del cotizante con la EPS) o colectiva (Si la afiliación se hace por medio de una agrupadora autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud).

2. Clase de afiliación: marque con una X la clase de afiliación, **(Nuevo)** Usuario que ingresa por primera vez al SGSSS o se retiró hace más de 6 meses de la EPS; **(Reingreso)** Usuario con retiro e ingreso en el mismo mes o durante el mes inmediatamente anterior. **(Reintegro)** Usuario retirado entre dos y seis meses, **(Traslado)** Usuario trasladado de otra EPS.

3. Tipo de cotizante: diligencie el código de acuerdo con la siguiente tabla:

Cotizantes

Cód.	Dependiente	Cód.	Independiente	Cód.	Pensionado
01	Empleado	03	Independiente	06	Vejez / Invalidez
02	Servicio doméstico	05	Contratista	07	Sustitución
04	Madre comunitaria	12	Aprendiz Sena etapa lectiva		
18	Funcionario público sin tope máximo IBC	15	Desempleado con subsidio de Caja de Compensación F.		
19	Aprendiz Sena en etapa productiva	16	Agremiado		
22	Profesor establecimiento particular	20	Estudiantes (Rég. Especial Ley 789/2002)		
30	Entidades o universidades públicas con régimen especial en salud	21	Estudiantes de postgrado en salud		
31	Cooperativa de Trabajo Asociado	41	Cotizante sin ingresos con pago por tercero		
32	Cotizante miembro de la carrera diplomática o consultor de un país extranjero o funcionario de organismo multilateral no sometido a legislación colombiana	42	Cotizante solo salud Art. 2 Ley 1250 de 2008		
33	Beneficiario fondo de solidaridad pensional	43	Cotizante no obligado a cotizar a pensiones con pago por tercero Literal e) del parágrafo 1 del Art. 15 de la Ley 100 de 1993 Mozart 3 Ley 797 de 2003		
34	Concejal amparado por póliza en salud				
44	Empleo de emergencia Decreto 016 de 2011				

II. Datos cotizante

4. Nombres y apellidos completos: diligencie según el orden establecido.

5. TD: diligencie el tipo de documento del cotizante:

1	Cédula de ciudadanía	2	NIT
3	Tarjeta de identidad	4	Cédula de extranjería
5	Pasaporte	6	Carné Diplomático
7	Registro civil	8	NUIP
9	MSI		

6. No. de identificación: diligencie el número de documento de identificación.

7. Fecha de nacimiento: diligencie los datos de la fecha de nacimiento en números

8. Sexo: diligencie **(F)** si es femenino; **(M)** si es masculino.

9. Estado civil: diligencie el estado civil de acuerdo a las siguientes siglas:

SO	Soltero(a)	CA	Casado(a)	UL	Unión libre
SE	Separado(a)	VI	Viudo(a)		

10. Tipo de discapacidad: si presenta alguna discapacidad diligencie la letra correspondiente:

F	Física	N	Neuro-Sensorial	M	Mental
---	--------	---	-----------------	---	--------

11. Nombre de IPS: diligencie el nombre de la IPS donde desea ser atendido.

12. Código de IPS: diligencie el código de la IPS según la **tabla 2. Códigos de IPS**

13. Dirección de residencia: diligencie la dirección de residencia del cotizante sin abreviaturas.

14. Barrio: diligencie el barrio que corresponde a la dirección de residencia del cotizante

15. Zona: diligencie **U** si es urbana o **R** si es rural.

16. Ciudad/Municipio: diligencie el nombre de la ciudad o municipio.

17. Código de ciudad/municipio: diligencie de acuerdo con la **tabla 3. Códigos de ciudad/municipio**.

18. Departamento: diligencie el departamento.

19. Teléfono: diligencie el número de teléfono de residencia del cotizante.

20. Celular: diligencie el número de celular del cotizante.

21. Correo electrónico: diligencie el correo electrónico del cotizante.

22. EPS anterior: diligencie el campo con el nombre de la última EPS a la cual estuvo afiliado(a).

23. Código EPS anterior: diligencie el código de la EPS de acuerdo con la **tabla 1. Códigos de EPS**.

24. Mes de aporte: diligencie primer mes de aporte por este trabajador, tenga en cuenta lo estipulado en el decreto 1406 de 1999 Art. 20, 21 y 24.

III. Información de beneficiarios

Nota: siempre diligencie en la primera línea los datos del cónyuge o compañero(a), posteriormente los demás beneficiarios.

25. TD: diligencie el tipo de documento del beneficiario según tabla del numeral 5 de este instructivo.

26. No. de identificación: diligencie el número de documento de identificación completo.

27. Nombres y apellidos completos: diligencie según el orden

Grupo Familiar			
Cód.	Parentesco	Cód.	Parentesco
CY	Cónyuge	AB	Abuelo
HI	Hijo	TI	Tío
PA	Padre	SO	Sobrino
SU	Suegro	BI	Bisnieto
HN	Hermano	BS	Bisabuelo
NI	Nieto	BV	Beneficiario sin vínculo

30. Fecha de nacimiento: diligencie los datos de la fecha de nacimiento.

31. Nivel educativo: diligencie el máximo nivel educativo alcanzado:

0	Sin nivel educativo	1	Primaria	2	Secundaria
3	Técnico y tecnólogo	4	Superior	5	Especialización

32. EPS anterior: diligencie el campo con el nombre de la última EPS a la cual estuvo afiliado(a) el beneficiario(a).w

33. Código EPS anterior: diligencie el código de la EPS de acuerdo con la **tabla 1. Códigos de EPS**.

34. UPC: marque con una X, si el beneficiario que esta relacionado en la línea es beneficiario UPC adicional.

35. Tipo de discapacidad: si presenta alguna discapacidad diligencie con la letra correspondiente, según tabla del numeral 10 de este instructivo.

36. Dirección de residencia: diligencie la dirección de residencia del Beneficiario sin abreviaturas, "sólo si es diferente a la del cotizante"

37. Barrio: diligencie el barrio de residencia que corresponde a la dirección registrada del beneficiario.

38. Zona: diligencie **U** si es urbana o **R** si es rural.

39. Teléfono: diligencie el número de teléfono de residencia del beneficiario "solo si es diferente al del cotizante"

40. Ciudad/Municipio: diligencie el nombre de la ciudad o municipio de residencia del beneficiario.

41. Departamento: diligencie el departamento en el que se ubica el municipio.

42. Nombre de la IPS: diligencie la IPS de su elección.

43. Código IPS: diligencie código de IPS según **tabla 2. Códigos IPS**.

44. Clase de afiliación Beneficiarios: marque con una X la clase de afiliación de cada beneficiario, de la misma forma del numeral 2.

IV. Información para beneficiarios UPC adicional

Si es adición de UPC adicional marque en **B. Adición**. Diligencie numeral II. los datos del cotizante y en III. diligencie los datos del beneficiario UPC, marque con una X en el numeral 34.

Si la UPC no es adición y se radica al mismo tiempo con la afiliación del cotizante, registre en III. los datos del beneficiario UPC y marque con X en el numeral 34.

45. UPC adicional: marque con una X el número de beneficiario (B2, B3, B4) donde relacionó el beneficiario que afiliará en cada de UPC adicional, y diligencie la fecha de inicio de vigencia y valor de la UPC adicional.

V. Información del empleador y/o entidad pensionadora

46. TD: marque el tipo de documento del empleador según tabla del numeral 5 de este instructivo.

47. No. de identificación: diligencie el número de identificación completo del empleador o pagador de pensión.

48. DV: diligencie el dígito de verificación.

49. Nombre o razón social: diligencie el nombre de la empresa o el nombre completo de la entidad pensionadora.

50. Dependencia: diligencie la dependencia si la empresa solicitó creación de dependencias.

51. Centro de costo: indique centro de costo asociado a la dependencia.

52. ARP: relacione la Administradora de Riesgos Profesionales a la cual está afiliada la empresa.

53. AFP: relacione la Administradora de Fondos de Pensiones a la cual está afiliado el empleado.

54. Dirección empresa: diligencie la dirección donde labora el empleado.

55. Ciudad empresa: diligencie la ciudad que corresponde a la dirección donde labora el empleado.

56. Teléfono empresa: diligencie el teléfono de la sucursal donde labora el empleado.

57. Fecha Ingreso a la empresa: diligencie la fecha en números.

58. Tipo de salario: marque tipo de salario del cotizante:

1	Integral	2	Fijo	3	Variable
---	----------	---	------	---	----------

59. Cargo: diligencie el cargo que desempeña el empleado.

60. Código cargo: diligencie según **tabla 4. Códigos de cargos**.

61. Ingreso base de cotización o mesada pensional: diligencie en la casilla la cifra correspondiente al salario base mensual del empleado o la mesada del pensionado.

62. Número afiliación al ISS: si es pensionado del ISS diligencie el No. de afiliación (el número se encuentra en el recibo de la mesada pensional).

VI. Información trabajador independiente o contratista

63. Vivienda: diligencie el código correspondiente, según el caso:

1	Propia	2	Arrendada	3	Otra (familiar)
---	--------	---	-----------	---	-----------------

64. Nivel educativo: diligencie el máximo nivel educativo alcanzado, según tabla del numeral 31 de este instructivo.

65. Posición ocupacional: patrono (3) cuando se tienen trabajadores a cargo; Cuenta propia (4).

66. Productor agropecuario: diligencie **S** (SI), cuando sus ingresos derivan o provienen en forma directa de la producción agropecuaria, de lo contrario **N** (NO).

67. Actividad económica: diligencie la actividad económica a la que se dedica según **tabla 5. códigos de actividad económica**.

68. AFP: diligencie la Administradora de Fondos de Pensiones a la cual está afiliado, si no se encuentra afiliado, diligencie ninguna.

69. ARP: diligencie la Administradora de Riesgos Profesionales a la cual está afiliado, si no se encuentra afiliado diligencie ninguna.

70. Ingreso base de cotización: diligencie el valor mensual de cotización.

71. Cotización: diligencie el valor a cancelar mensualmente.

72. Información exclusiva contratista: indique la fecha de inicio del contrato de prestación de servicios.

VII. Declaraciones juramentadas

En caso de requerir declaración de dependencia económica o declaración juramentada de convivencia, diligencie estos campos y marque con una X según corresponda.

VIII. Observaciones y anexo.

73. Observaciones: use este campo para el registro de **B. Novedades**, o si requiere escribir información adicional.

74. Documentos recibidos: registre la cantidad y tipo de documentos recibidos de cada afiliado en la línea correspondiente, según **tabla No. 6. Códigos soportes 1703**.

IX. Indicaciones (ESTOS CAMPOS SON DE DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO NO PUEDEN ESTAR EN BLANCO)

Lea con atención cada una de las autorizaciones y declaraciones. Marque en el cuadro **S** (Si) o **N** (No).

75. Firma del cotizante y documento de identidad: registre la firma y número de documento de identidad del cotizante.

76. Firma y sello del empleador: registre la firma de la persona a quien el empleador autoriza como responsable de la información contenida en el formato. En el caso de ser pensionado no diligencie este espacio.

77. Espacio para sello de radicado: campo para el sello de recibido. Es de uso exclusivo de cada EPS

78. Código de asesor: diligencie el código del colaborador de ventas.

B. Para novedades

Si usted a marcado X en B. Novedad.

Adición: marque una X en este campo en caso de adicionar beneficiarios a su grupo familiar.

Código de novedad: diligencie en el numeral I. campo **B.** el código de novedad, si la novedad aplica para el cotizante o en el numeral III. campo **C.** si la novedad es para alguno de los beneficiarios de acuerdo a la siguiente tabla:

Cód.	Novedad	Cód.	Novedad
01	Adición de beneficiarios	12	Modificación IBC
08	Corrección de nombres o apellidos	13	Unificación de grupo familiar
09	Cambio o corrección de identificación	15	Cambio de cabeza familia
10	Actualización de dirección	16	Retiro por fallecimiento
11	Actualización de teléfono	18	Retiro beneficiarios

Si la novedad a realizar es:

01. Adición de beneficiarios: diligencie completamente el numeral III. Información de beneficiarios y código de la novedad según tabla de novedades.

08. Corrección de nombres o apellidos: para corrección de nombre(s) o apellido(s) diligencie los datos correctos con el respectivo código de novedad en el numeral I. campo **B.** para cotizante y en el numeral III. campo **C.** para beneficiarios. No olvide indicar nombres o apellidos con los que registra actualmente el cotizante y/o beneficiario a corregir en base de datos de la EPS en el numeral 73 de observaciones. Anexe copia del documento de identificación correspondiente a la corrección.

09. Cambio o corrección de identificación: para corrección de identificación diligencie la correcta con código de novedad en el numeral I. campo **B.** para cotizante, en el numeral III. campo **C.** para beneficiarios. No olvide indicar número de identificación con el que registra actualmente el cotizante y/o beneficiario a corregir en la base de datos de la EPS en el numeral 73 de observaciones. Anexe copia del documento de identificación.

10. Actualización de dirección: diligencie la dirección a modificar en el numeral II. con el respectivo código de novedad en el numeral I. campo **B.** para cotizante y en el numeral III. campo **C.** para beneficiarios.

11. Actualización de teléfono: diligencie el teléfono a modificar en el numeral II. con el respectivo código de novedad en el numeral I. campo **B.** para cotizante y en el numeral III. campo **C.** para beneficiarios.

12. Modificación de IBC: en el numeral VI. campo 70 escriba el nuevo ingreso base de cotización (IBC). Con el código de la novedad en el numeral I. datos del cotizante campo **B.**

13. Unificación de grupo familiar: en el numeral III. en el campo **B1** cónyuge o compañero(a), diligencie los datos completos del compañero(a) y/o cónyuge con el código de novedad en el campo **C.** Anexe copia del registro civil del matrimonio y/o declaración extrajurídico de convivencia.

15. Cambio de cabeza de familia: en el numeral III. en el campo **B1** cónyuge o compañero(a), diligencie los datos completos del nuevo cabeza de familia con el código de novedad en el campo **C.**

16. Retiro por fallecimiento: si el fallecimiento es del cotizante diligencie el numeral I. campo **B.** Si el fallecimiento es de un beneficiario diligencie los datos del numeral III. campo **C.** indique fecha de fallecimiento en el numeral 73 observaciones. Anexe registro de defunción

18. Retiro beneficiarios: diligencie en el numeral III. los datos del beneficiario a retirar con el código de novedad en el campo **C.** Escriba el motivo del retiro en el numeral 73. observaciones. anexe documento soporte.

Para cualquier inquietud sobre el diligenciamiento del formulario, documentos reglamentarios vigentes para la afiliación de cotizante y/o beneficiarios y carta de derechos de los afiliados y de los pacientes ingrese a la página web o comuníquese a la Central Telefónica.