

AFILIACION FONDOS DE PENSION

- Se envía correo o se realiza llamada telefónica con el asesor del fondo correspondiente y ellos hacen el respectivo tramite :

Adjunto información:

NOMBRE DEL FONDO	NOMBRE DEL ASESOR	TELEFONO CONTACTO	CORREO
COLFONDOS	Luz Dary Rubiano	3227342420	lrubiano@colfondos.com.co
PORVENIR	Margarita Martinez	3102531892	margaritamafra@hotmail.com
PROTECCION	Diego Mejia	3103381090	diego.mejia@proteccion.com.co
SKANDIA	Angelica Ruiz	3112255891	
FNA	Judith Ruiz	3107870145	AjRuiz@fna.gov.co

AFILIACION ESP SANITAS

- Para afiliación de la EPS SANITAS no se debe enviar formulario solo esta información al correo [kvburgos@epssanitas.com](mailto:kvburgos@epssanitas.com):

NOMBRE EMPRESA	SQDM SAS
NIT	900038222
DIRECCIÓN	CL 31 # 13ª-51
TELÉFONO	3208661008
NOMBRE TRABAJADOR	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
DOCUMENTO	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
EMAIL	<a href="mailto:XXXXXXXXXXXXXXXXXX">XXXXXXXXXXXXXXXXXX</a>
FECHA INGRESO	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
SALARIO	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
A.F.P.	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
A.R.L.	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
E.P.S.	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
CAJA COMP	COLSUBSIDIO
DIRECCIÓN RESIDENCIA	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
TELÉFONO O CELULAR	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
CIUDAD RESIDENCIA	XXXXXXXXXXXXXXXXXX

- Los datos de la asesora son los siguientes:

NOMBRE DE EPS	NOMBRE DEL ASESOR	TELEFONO CONTACTO	CORREO
SANITAS	Vanessa Burgos	3125055600	<a href="mailto:kvburgos@epssanitas.com">kvburgos@epssanitas.com</a>

AFILIACION ESP FAMISANAR

- Para afiliación de la EPS FAMISANAR no se debe enviar formulario solo esta información al correo: [epssalud.afiliaciones@gmail.com](mailto:epssalud.afiliaciones@gmail.com) :

<b>NOMBRE EMPRESA</b>	SQDM SAS
NIT	900038222
DIRECCIÓN	CL 31 # 13ª-51
TELÉFONO	3208661008
<b>NOMBRE TRABAJADOR</b>	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
DOCUMENTO	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
EMAIL	<a href="mailto:XXXXXXXXXXXXXXXXXX">XXXXXXXXXXXXXXXXXX</a>
FECHA INGRESO	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
SALARIO	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
A.F.P.	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
A.R.L.	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
E.P.S.	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
CAJA COMP	COLSUBSIDIO
DIRECCIÓN RESIDENCIA	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
TELÉFONO O CELULAR	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
CIUDAD RESIDENCIA	XXXXXXXXXXXXXXXXXX

- Los datos de la asesora son los siguientes:

NOMBRE DE EPS	NOMBRE DEL ASESOR	TELEFONO CONTACTO	CORREO
FAMISANAR	Solange Carrillo	3125503104	<a href="mailto:epssalud.afiliaciones@gmail.com">epssalud.afiliaciones@gmail.com</a>

AFILIACION ESP SALUD TOTAL

- Para afiliación de la EPS SALUD TOTAL no se debe enviar formulario solo esta información al correo: [gordillogarciaastrid@gmail.com](mailto:gordillogarciaastrid@gmail.com):

<b>NOMBRE EMPRESA</b>	SQDM SAS
NIT	900038222
DIRECCIÓN	CL 31 # 13ª-51
TELÉFONO	3208661008
<b>NOMBRE TRABAJADOR</b>	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
DOCUMENTO	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
EMAIL	<a href="mailto:XXXXXXXXXXXXXXXXXX">XXXXXXXXXXXXXXXXXX</a>
FECHA INGRESO	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
SALARIO	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
A.F.P.	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
A.R.L.	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
E.P.S.	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
CAJA COMP	COLSUBSIDIO
DIRECCIÓN RESIDENCIA	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
TELÉFONO O CELULAR	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
CIUDAD RESIDENCIA	XXXXXXXXXXXXXXXXXX

- Los datos de la asesora son los siguientes:

<b>NOMBRE DE EPS</b>	<b>NOMBRE DEL ASESOR</b>	<b>TELEFONO CONTACTO</b>	<b>CORREO</b>
SALUD TOTAL	Astrid Gordillo	3164031222	<a href="mailto:gordillogarciaastrid@gmail.com">gordillogarciaastrid@gmail.com</a>

AFILIACION ESP COMPENSAR

- Para afiliación de la EPS COMPENSAR se debe enviar formulario diligenciado al correo: afiliacionseps\_incapacidades@compensarsalud.com:

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Includes sections for personal data, family members, employer information, and declarations.

**CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL  
AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE  
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO**


	SI	NO
¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del afiliado (cotizante): \_\_\_\_\_

No. Identificación: \_\_\_\_\_

**FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)**

A ruego de (la) señor (a) \_\_\_\_\_ con C.C. No. \_\_\_\_\_  
lo hace en su nombre, el (la) señor(a) \_\_\_\_\_  
con C.C. No. \_\_\_\_\_ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) \_\_\_\_\_

Firma a Ruego: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: _____	Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____
Identificación: _____	Identificación: _____
Edad: _____	
Dirección de domicilio: _____	

Huella

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en: [www.compensar.com](http://www.compensar.com) / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico [protecciondedatos@compensar.com](mailto:protecciondedatos@compensar.com), y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante): \_\_\_\_\_

No. Identificación: \_\_\_\_\_

AFILIACION ESP SURA

- Para afiliación de la EPS SURA se debe ingresar a la pagina <https://www.epssura.com/empleadores>
- Servicios en Línea:



Este sitio es para uso exclusivo de personal autorizado

**Bienvenido (a):**

Para utilizar los Servicios empresariales de EPS SURA, el usuario debe haber solicitado previamente la clave. Si aún no lo ha hecho haga click en el link **Solicitar clave** que se encuentra en la parte inferior de esta página.

Estos servicios están dirigidos a:

- **Empresas:** Para realizar transacciones y consultas.
- **Afiliados:** Para realizar transacciones y consultas.
- **Asesores:** Para consultas.
- **Prestadores de servicios de salud:** Para consultas.

**Por su seguridad:**

Realice sus transacciones por internet desde un sitio seguro. Asegúrese de cerrar su sesión una vez terminada su operación. (Cerrar sesión).

Verifique la fecha de último ingreso a este sitio con el fin de comprobar que sólo usted accede al servicio y no ha sido violado su ingreso.

Recuerde cambiar su clave periódicamente y no la comparta con nadie, todas las transacciones que se realizan quedarán a su nombre.

Línea de atención: 018000 519510. En Medellín: 448 61 15.

Tipo Documento Usuario \*

CEDULA

No. Documento Usuario \*

Clave \*

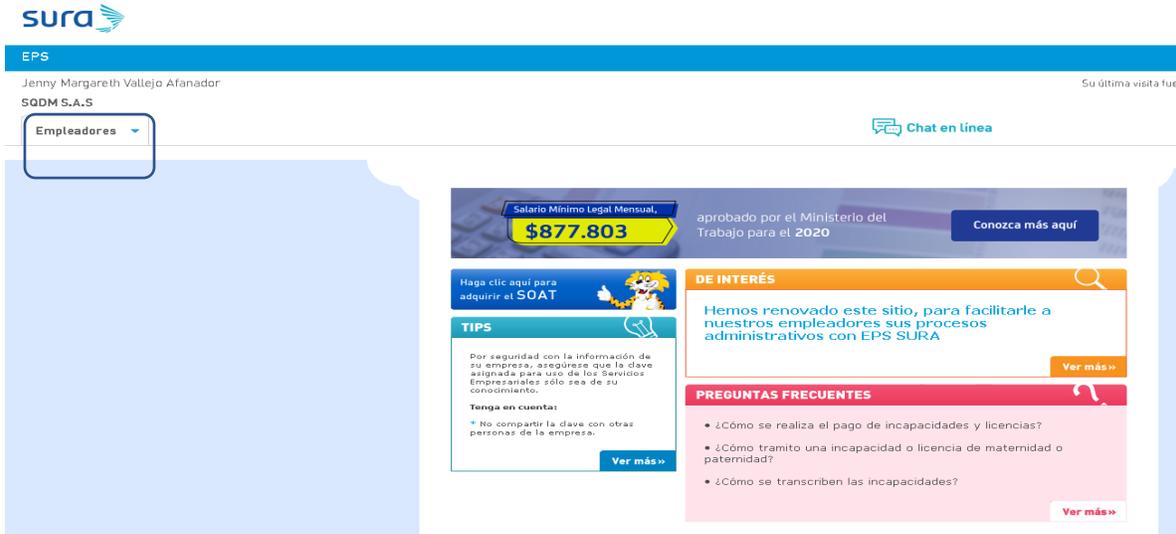
Ingresar

5 0 6  
3 4 1  
7 9 8  
2 Limpiar

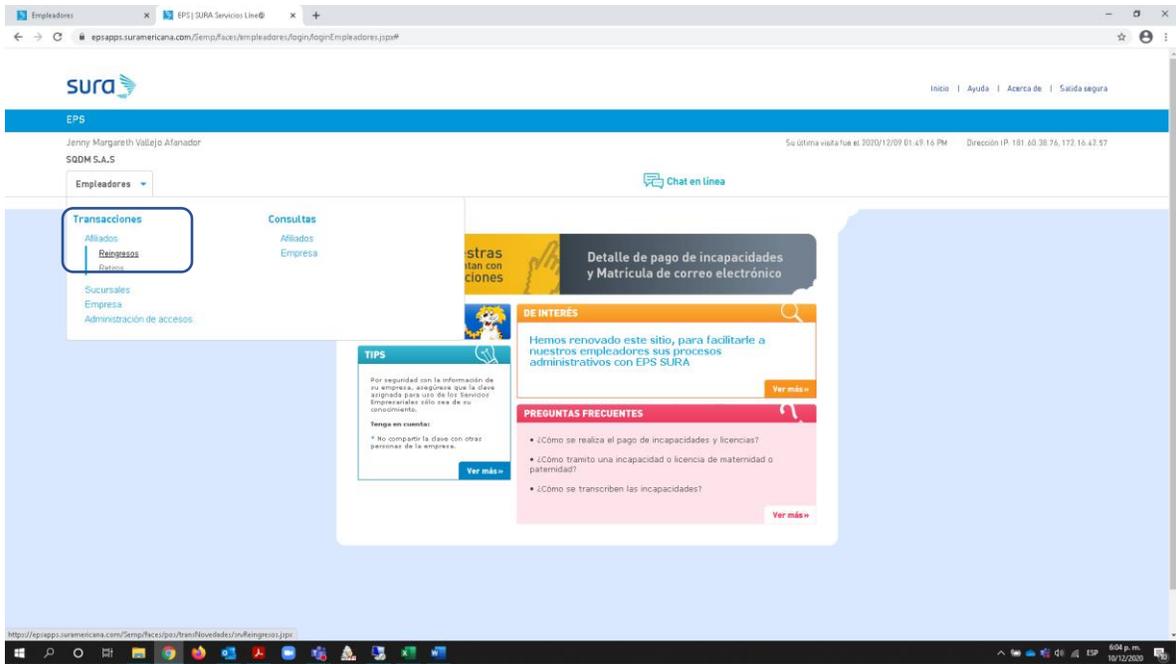
[Solicitar clave.](#) [Recordar clave.](#)

Se recomienda utilizar este sitio transaccional con Google Chrome, Internet Explorer versión 10 o superior y en una resolución de 1.024 x 768

- Nos envía a este pantallazo donde digitamos Tipo documento cedula y clave una vez digitamos estos datos nos envía a la página principal y damos click en empleadores.



➤ Luego afiliados/reingreso :



➤ Nos envía al formulario donde colocamos los datos del empleado

Jenny Margareth Vallejo Afanador

Su última visit:

SQDM S.A.S

Empleadores

Chat en línea

Empresa [N.I.T.] 800038222  
SQDM S.A.S

**IMPORTANTE:** Señor empleador evite inconvenientes con el servicio de sus empleados y posible reporte a la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP). Tenga en cuenta que el tipo de cotizante que seleccione en esta opción para cada uno de sus empleados debe coincidir con el tipo de cotizante que elija al momento de realizar los aportes.

Reingreso 1

Tipo de Identificación [Cédula de Ciudadanía]

Limpiar Campos  
Ingresar otro Empleado

➤ Los datos de la asesora son los siguientes:

SURA	Andrea Morales	3124456405	admorales@sura.com.co
------	----------------	------------	-----------------------

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<p>DocuSigned by:</p> <p><i>Fanny Blanco</i></p> <p>7D02F2CC132B4AF...</p> <p>Fanny Cecilia Blanco Analista de nómina y contabilidad</p>	<p>DocuSigned by:</p> <p><i>ANDREA CASTRO</i></p> <p>94699278D74E44E...</p> <p>Andrea Castro Otavo Gerente de proyectos</p>	<p>DocuSigned by:</p> <p><i>Jenny Vallejo</i></p> <p>731F3D9EB924FA...</p> <p>Jenny M Vallejo Representante Legal</p>