
	DESARROLLO HUMANO FICHA DE INGRESO		Código: DH-FOR-009	Versión: 01 Fecha: 05/06/2019 Página 1 de 4
---	---	--	---------------------------	--

Generación Ficha De Ingreso

Realizar las fichas de ingreso con la respectiva afiliación a seguridad social del personal que ingrese o reingrese con contrato laboral a la Universidad de Manizales.

Estas fichas deben contener la siguiente información: SOLICITUD FLUJO, NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO:(NOMBRES + APELLIDOS): TIPO DE IDENTIFICACIÓN: LOS TIPOS VÁLIDOS SON: C - CÉDULA CIUDADANÍA E - CÉDULA EXTRANJERÍA P - PASAPORTE T - TARJETA IDENTIDAD U - NUIPD – DESCONOCIDO, NO. DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO FECHA EN LA CUAL SE REALIZÓ LA EXPEDICIÓN DE LA CÉDULA CÓDIGO DANE DE LA CIUDAD DE EXPEDICIÓN DE LA CÉDULA (VER HOJA TABLAS) CARGO: DEPENDENCIA: DEDICACION TIPO DE CONTRATO: CATEGORIA : SALARIO: JEFE INMEDIATO: CLASE DE VINCULACION: FECHA DE INGRESO: FECHA DE TERMINACION: DIAS CONTRATO: DIRECCION RESIDENCIA Y CIUDAD: CÓDIGO DANE DE LA CIUDAD DE RESIDENCIA (VER HOJA TABLAS) NO. DE TELÉFONO FIJO DEL EMPLEADO BARRIO DE RESIDENCIA DEL EMPLEADO NO. DE TELÉFONO CELULAR DEL EMPLEADO LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: COD CIUDAD NACIM. (VER TABLA) IDENTIFICADOR DEL ESTADO CIVIL: 1 - SOLTERO(A) 2 - CASADO 3 - UNIÓN LIBRE 4-VIUDO 5 - DIVORCIADO CORREO ELECTRONICO: IDENTIFICADOR DEL GRUPO SANGUÍNEO DEL EMPLEADO: 1-A 2-B 3-AB 4-O RH DEL EMPLEADO: 1 POSITIVO,2 NEGATIVO RH DEL EMPLEADO: 1 POSITIVO,2 NEGATIVO NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE ACCIDENTE DIRECCIÓN DEL CONTACTO PARA AVISAR EN CASO DE ACCIDENTE NO. DE TELÉFONO DEL CONTACTO PARA AVISAR EN CASO DE ACCIDENTE ASIGNATURAS: CERTIFICADO DE LA E.P.S. A LA QUE SE ENCUENTRA AFILIADO(A): CERTIFICADO DEL FONDO DE PENSIONES ACTUAL: NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN CAPACITADORA DONDE REALIZÓ EL ESTUDIO: DESCRIPCIÓN DEL TÍTULO OBTENIDO: NIVEL DE ESTUDIO: 1 - BÁSICO 2 - SECUNDARIA 3 - TÉCNICO / TECNÓLOGO 4 - UNIVERSITARIO 5 - ESPECIALIZACIÓN 6 - DOCTORADO 7 MAESTRA 8 OTROS FECHA INICIAL DE LA CAPACITACIÓN AAAA-MM-DD , FECHA FINAL DE LA CAPACITACIÓN AAAA-MM-DD ESTADO DEL ESTUDIO: 1 - CULMINADO 2 - EN CURSO 3 - ABANDONADO 4 - APLAZADO NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA TARJETA PROFESIONAL AAAA-MM-DD CUENTA BANCARIA Nº DE CUENTA () NOMBRE DEL BANCO INGESAR, ELIMINAR, centro de



DESARROLLO HUMANO

FICHA DE INGRESO



Código:	DH-FOR-009
Versión:	01
Fecha:	05/06/2019
Página	2 de 4

No. SOLICITUD:	
NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO:	
TIPO DE IDENTIFICACION:	
NO. DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO	
FECHA EXPEDICIÓN DE LA CÉDULA	
CÓDIGO DANE DE LA CIUDAD DE EXPEDICIÓN CC	
CARGO:	
DEPENDENCIA:	
CENTRO DE COSTOS:	
TIPO:	
TIPO DE CONTRATO:	
ACTIVIDAD :	
SALARIO:	
CLASE DE VINCULACION:	
FECHA DE INGRESO:	
FECHA DE TERMINACION:	
DIAS CONTRATO:	
BARRIO DE RESIDENCIA DEL EMPLEADO:	
DIRECCION RESIDENCIA Y CIUDAD:	
CÓDIGO DANE DE LA CIUDAD DE RESIDENCIA	
NO. DE TELÉFONO FIJO DEL EMPLEADO	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	
COD CIUDAD NACIM. (VER TABLA)	
NO. DE TELÉFONO CELULAR DEL EMPLEADO	
CORREO ELECTRONICO:	
IDENTIFICADOR DEL ESTADO CIVIL:	
GRUPO SANGÜÍNEO DEL EMPLEADO:	
NOMBRE BANCO:	N° DE CUENTA ()
CUENTA BANCARIA:	
PERSONA A CONTACTAR EN CASO DEACCIDENTE	
PARENTESCO CONTACTO CASO DE ACCIDENTE	
TELÉFONO DEL CONTACTO CASO DE ACCIDENTE	
DESCRIPCIÓN DEL TÍTULO OBTENIDO:	
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN ESTUDIO:	
NIVEL DE ESTUDIO:	
FECHA INICIAL DE LA CAPACITACIÓN	
FECHA FINAL DE LA CAPACITACIÓN	
ESTADO DEL ESTUDIO: 1 - CULMINADO	
NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL	
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA TARJETA PROFESIONAL AAAA-MM-DD	
CERTIFICADO DE LA E.P.S.	
CERTIFICADO DEL FONDO DE PENSIONES:	
AFILIACIONES.	CAJA _____ ARL _____ PÓLIZA _____ EPS _____

	<p>DESARROLLO HUMANO</p> <p>FICHA DE INGRESO</p>		<p>Código: DH-FOR-009</p>	<p>Versión: 01</p>
			<p>Fecha: 05/06/2019</p>	
			<p>Página</p>	<p>3 de 4</p>

Sabías qué...

...En el momento en que te vinculas laboralmente a la Universidad, mediante contrato laboral, estás amparado por una póliza de vida que la Institución paga para tu bienestar.

¿Qué beneficios tengo con esta póliza?

En caso de que te incapacites de forma total o permanentemente tienes derecho a que, a través del seguro, recibas hasta doce veces el salario que estés devengando en el momento del siniestro, así como un auxilio para canasta familiar de \$2'000.000 (dos millones de pesos).

¿Y si sufro un accidente?

Los accidentes tienen cobertura de la póliza sólo si derivado de éste, sufres una desmembración, caso para el cual tendrás derecho a recibir hasta doce veces el salario que estés devengando en el momento del siniestro.

¿En caso de fallecimiento?

Los beneficiarios que tú hayas estipulado tendrán derecho a reclamar la indemnización que corresponde a doce veces el salario que estés devengando en el momento del siniestro. Si la muerte se da de forma accidental, los beneficiarios tendrán derecho a una indemnización adicional igual al monto previsto por muerte. Adicionalmente, podrán reclamar el auxilio funerario equivalente a \$5'000.000 (cinco millones de pesos) y un auxilio para canasta familiar de \$2'000.000 (dos millones de pesos).

¿Y si me enfermo?

El amparo sólo está previsto para enfermedades consideradas como graves (Incluye cáncer, infarto al miocardio, insuficiencia renal crónica, esclerosis múltiple, accidente cerebrovascular (apoplejía) o afección de arteria coronaria que exija cirugía, trasplante de órganos vitales clínicamente aprobados y gran quemado), para estos casos la indemnización es equivalente a 6 salarios que estés devengando como empleado de la Institución.

¿Qué sucede en caso de hospitalización?

La Póliza contempla un beneficio denominado Renta Diaria por Hospitalización, la cual puedes recibir a partir del segundo día de hospitalización y hasta máximo 30 días. El valor establecido para estos casos es de \$50.000 por día de hospitalización.

Si no has actualizado la información de los beneficiarios de tu póliza, acércate a la División de Desarrollo Humano.




UNIVERSIDAD DE MANIZALES

DESARROLLO HUMANO

FICHA DE INGRESO



Código:	DH-FOR-009
Versión:	01
Fecha:	05/06/2019
Página	4 de 4

Allianz Seguros de Vida S.A.
NIT. 860.027.404-1

Seguro de Vida Grupo
Solicitud Individual de Seguro



Le recordamos la importancia de declarar el verdadero estado de salud al momento de diligenciar la solicitud de seguro. Favor leer con detenimiento la declaración de asegurabilidad contenida en el presente certificado.

Fecha de diligenciamiento		<input type="checkbox"/> Ingreso	<input type="checkbox"/> Asegurado principal	Póliza N°
Razón Social de la Entidad Tomadora		<input type="checkbox"/> Incremento de valor asegurado	<input type="checkbox"/> Familiar asegurado principal	C.C. o NIT
Nombre Solicitante del Seguro	Primer Apellido	Segundo Apellido	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento
Dirección Particular	Teléfono	Ciudad	Valor Asegurado Actual	Solicitud de incremento de valor asegurado a
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura Mts.	Peso Kgs.	Ocupación actual detallada	Deportes que practica

CUADRO DE BENEFICIARIOS					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	N° Documento de identidad	% Participación	Parentesco

Marque X
Yo, el abajo firmante, declaro que:
() En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.
() Padezco o he padecido las lesiones o enfermedades que a continuación marco con x:

<input type="checkbox"/> Mentales-psiquiátricas	<input type="checkbox"/> Gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Drogadicción	<input type="checkbox"/> Tabaquismo	<input type="checkbox"/> Alcohólicismo
<input type="checkbox"/> Cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Cerebrovasculares	<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/> Cigarrillos Diarios	<input type="checkbox"/> Tragos semanales
<input type="checkbox"/> Pulmonares	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> 5 ó menos	<input type="checkbox"/> 5 ó menos
<input type="checkbox"/> Renales	<input type="checkbox"/> Sida	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> 6 a 20	<input type="checkbox"/> 6 a 20
<input type="checkbox"/> Otra enfermedad cual?				

En caso de haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente explique:

Enfermedad	Año diagnóstico	Tratamiento
Enfermedad	Año diagnóstico	Tratamiento

*En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades entonces se entenderá que me encuentro en buen estado de salud.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Declaro que he leído, entendido y acepto la información contenida en la presente solicitud individual de seguro, que tengo conocimiento que la póliza se otorgará en consideración a la veracidad de esta declaración, y que en el evento de no cumplir con la realidad, el seguro otorgado quedará sujeto de nulidad en los términos del artículo 1038 del Código de Comercio. Autorizo a la aseguradora para que use, consulte y/o reporte a las compañías de información de riesgos, cualquier información relativa a mis hábitos de pago, al cumplimiento que he dado a mis obligaciones y mi información comercial disponible. Sin perjuicio de lo estipulado por el artículo 34 de la Ley 39 de 1991, autorizo a la aseguradora para que consulte mis historiales clínicos y demás documentos sobre mi estado de salud, y a los médicos y entidades hospitalarias para que suministren a dicha aseguradora todos los documentos, aun después de mi fallecimiento. Declaro que desarrollo en forma normal mis actividades, que mi profesión u oficio no implica y que no tengo ni he tenido amenaza de secuestro o un centro de mi integridad personal en los últimos tres (3) años. Declaro que conozco y acepto las condiciones particulares generales de la póliza del grupo a que accedo electrónicamente.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Antes de iniciar el proceso de Allianz Seguros de Vida S.A. y las Compañías del Grupo Allianz para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como: recolección, almacenamiento, uso, reporte, difusión o transferencia. Así mismo, los autorizo para que permitan su tratamiento a: Quiénes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transmisión de datos; Intermediarios, aseguradores, asegurados, FASECOLDA y sus filiales; Operadores y prestadores de servicios para el cumplimiento de los contratos; Encargados dentro y fuera del territorio nacional; Autoridades de tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y biométricos y entiendo que las preguntas que me hacen sobre estos datos a los que estoy respondiendo, tienen carácter facultativo. Declaro que otorgo los fines para los cuales están previstos mis datos o los de la persona que represento, así: (i) Atención de solicitudes, gestión del seguro y/o contrato con las Compañías; (ii) Control y prevención del fraude; (iii) Oferta de productos o servicios de las Compañías o terceros vinculados, escuelas y otros fines comerciales, financieros o publicitarios a través de mensajes de texto, cartas electrónicas, SMS, entre otros; (iv) Finanzas estadísticas, de consulta, gestión y otros, así como para fines tributarios, estadísticas y estadísticas de consumo; (v) Cumplimiento de obligaciones, conexas que me soliciten los derechos previstos en la Ley, un seguro, o como actualizarse y volver a la gestión de mis datos. Los Responsables del tratamiento son las Compañías del Grupo Allianz, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29-26, piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 8885920 y nivel nacional: 018000514445-0000002.

DECLARACIÓN: Todos los datos aquí consignados son ciertos, la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona, a la totalidad de la misma, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite. Asimismo, estoy de acuerdo durante la vigencia del contrato de seguro que, según lo establece con Allianz Seguros de Vida S.A. y por diez años más después de finalizada la vigencia del contrato, a los médicos, clínicos, hospitales, EPS y demás entidades a las que me he comprometido a acceder en servicio de salud, para suministrar la información sobre mi estado de salud que Allianz Seguros de Vida S.A. les solicite, aun después de mi fallecimiento.

Declaro de comprensión y conformidad con lo anterior, firma:

El diligenciamiento y suscripción de la presente solicitud individual de seguro no compromete de ningún modo a la Aseguradora, ni implica obligación alguna de otorgar el seguro de vida al que accedo. La Aseguradora se reserva el derecho de otorgar la cobertura una vez evaluado y verificado la información que me suministren las entidades de salud.

Firma y Huella Solicitante del Seguro

C.C.

INDICE DERECHO