Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

CUESTIONARIO ENTREGA 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 al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la informa- con fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	X	

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en **www.famisanar.com.co**, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar, y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

***"Datos sensibles:** Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del Afiliado:

X Angela M Camelo R

Nombres y Apellidos: Angela María Camelo Rodriguez

Identificación: C.C. 1069264147

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: 21 07 2021

I. DATOS DEL TRAMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de tramite: A. Afiliación: X — B. Reporte de Novedades:
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia: X • Beneficiario o afiliado adicional: — B. Colectivo: — C. Institucional: — D. De oficio: —
3. Régimen: A. Contributivo: X — B. Subsidiado:
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante: X — B. Cabeza de familia: X — C. Beneficiario:
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente: — B. Independiente: X — C. Pensionado: — Código (a registrar por la EPS):

A. AFILIACION II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Camelo Rodriguez Angela Maria
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1069264147
9. Sexo: Femenino: X — Masculino:
10. Fecha de nacimiento: 19 04 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo: — Condición:
13. Puntaje SISBEN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de riesgos laborales - ARL:
16. Administradora de pensiones: Porvenir
17. Ingreso mensual - IBC: $908526
18. Residencia: Carrera 9 # 30-43, Casa 1
19. Teléfono: 3133375422
20. Correo electrónico: mariaclorodriguez@yahoo.com
21. Municipio: Chia
22. Zona: Urbana: X — Rural:
23. Barrio: Villa Laura
24. Departamento: Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del conyuge o compañero(a) permanente cotizante)

25. Apellidos y nombres
26. Tipo de documento de identidad
27. Número del documento de identidad
28. Sexo: Femenino — Masculino
29. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	30. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	31. Tipo de documento de identidad	32. Número del documento de identidad	33. Sexo: Femenino	Masculino	34. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 35. Parentesco	36. Etnia
01							
02							
03							
04							
05							

	37. Discapacidad: Tipo	Condición	38. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	39. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

Selección de la IPS Primaria

	40. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
01		
02		
03		
04		
05		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

41. Nombre o razón social: Camelo Rodriguez Angela Maria
42. Tipo de documento de identificación: CC
43. Número de identificación: 1069264147
44. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS):
45. Ubicación: Cra 9 # 30-43 Casa 1
46. Teléfono: 3133375422
47. Correo electrónico: mariaclorodriguez@yahoo.com
48. Municipio: Chia
49. Departamento: Cundinamarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

50. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación: — 2. Corrección de tipo y número de identificación: — 3. Actualización del documento de identidad: — 4. Actualización y corrección de datos complementarios: — 5. Terminación de la inscripción en la EPS: — Código: — 6. Reinscripción en la EPS: — 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: — 8. Cambio de beneficiarios o de afiliados adicionales: — 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar: — 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando: — 11. Vinculación a una entidad administradora para nuevos afiliados colectivos: — 12. Desvinculación de una entidad administradora para nuevos afiliados colectivos: — 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo: — B. Régimen Subsidiado: — 14. Traslado: A. Mismo Régimen: — B. Diferente Régimen: — 15. Reporte de fallecimiento: — 16. Reporte de licencia de protección al cesante: — 17. Reporte de la calidad de Pre pensionado: — 18. Reporte de la calidad de Pensionado: —

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

51. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino — Masculino	Fecha de nacimiento	52. Fecha novedad
				21 07 2021

53. EPS anterior
54. Motivo de traslado (Código):
55. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

56. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
57. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
58. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
59. Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
60. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
61. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por ley lo requieran.
62. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
63. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

X X X

VIII. FIRMAS

X

IX. ANEXOS

64. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: — Total: 1

Famisanar EPS 2211 Cumplimos

65. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
66. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
67. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos o escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
68. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
69. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia.
70. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
71. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
72. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para manejar afiliaciones colectivas.
73. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o no aporte la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

74. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio — Código del departamento
75. Datos del SISBEN: Número de la ficha — Puntaje — Nivel
76. Fecha de radicación
77. Fecha de validación
78. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		Cargo: Independiente.

79. Firma del funcionario

Recuerde que con la firma de formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Cadenas s.a.

- ORIGINAL ÚNICA -

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANGELA MARIA CAMELO RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.069.264.147**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Julio del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.