Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE A...

06 24303089

Fecha de Radicación: 01 03 2019

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

A. AFILIACIÓN **II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)**

6. Apellidos y nombres – Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
[illegible]	Restrepo	[illegible]	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1022334709	Femenino [ ] Masculino [X]	[illegible]

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				Positiva	Colpensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia – Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
880.000	Transversal 78H N°43 A32 209	4[illegible]95	3[illegible]77
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [X] Rural [ ]	Localidad / Comuna / Departamento
alejo.diaz.93@hotmail.com	Bogotá		Cundinamarca

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

19. Apellidos y nombres – Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres – Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
				D D M M A A A A		
				D D M M A A A A		
				D D M M A A A A		
				D D M M A A A A		
				D D M M A A A A		

Discapacidad – Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia – Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

Elección de la IPS Primaria

Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Colsubsidio	

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Alejandro Diaz Restrepo	CC	1022334709	Trabajador Cotizante

39. Ubicación – Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
Transversal 78H N°43 A32 209	4[illegible]95	alejo.diaz.93@hotmail.com	Bogotá	Cundinamarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos 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. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite 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

41. Datos básicos de identificación – Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino	Sexo Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		[ ]	[ ]	D D M M A A A A	D D M M A A A A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado – Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

6. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
7. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
8. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
9. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
10. 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.
11. 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 sus funciones la requieran.
12. 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.
13. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

DAS165670 Famisanar 07 MAR 2019 AUTORIZADO

IX. ANEXOS

Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] Total [ ]

Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación [illegible] en el capítulo VII del formulario.

cadena s.a.