



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN TÉCNICA Y DE GESTIÓN

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE AFILIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DERECHOS

CERTIFICA

Consecutivo: 1124071

Que el (la) señor(a) S1. JORGE ENRIQUE BERMUDEZ ROJAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía 7466645 pertenece al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (ARC) a través de CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES, su estado es Activo y como tal goza de los servicios médicos asistenciales aprobados en el Plan Integral de Salud mediante Acuerdo No. 002 del 27 de abril de 2001.

Beneficiario(s):

Nombres y Apellidos	Tipo	Documento	Parentesco	Plan afiliación	Estado
JUAN CAMILO BERMUDEZ PATIÑO	CC	1010134684	HIJO(A)	Beneficiario	Activo

La presente certificación se expide como constancia de que el (la) mencionado(a) usuario(a) se encuentra ACTIVO(A) en la Base de Datos de afiliados y beneficiarios.

Lo anterior en cumplimiento al Decreto 780 del 6 de Mayo de 2016, artículo 2.1.3.14 el cual citó, "Afiliaciones múltiples. En el sistema general de seguridad social en salud, ninguna persona podrá estar inscrita en más de una EPS o EOC ni ostentar simultáneamente las calidades de cotizante y beneficiario, cotizante y afiliado adicional o beneficiario y afiliado adicional, afiliado al régimen subsidiado y cotizante, afiliado al régimen subsidiado y beneficiario o afiliado al régimen subsidiado y afiliado adicional. Tampoco podrá estar afiliado simultáneamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a un régimen exceptuado o especial".

Por su parte, el Decreto Ley 1795 de 2000 en su Artículo 24 párrafo 4º, dispone que "No se admitirá como beneficiarios del SSMP a los cotizantes de cualquier otro régimen de salud".

NOTA: ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VÁLIDA PARA REALIZAR APORTES ANTE FOSYGA.

Dada en Bogotá D.C., el día 23 de noviembre de 2022.

Mayor LUIS EDUARDO QUIROGA QUINTANA
Coordinador Grupo Gestión de la Afiliación (E)
Dirección General de Sanidad Militar

ELABORÓ: PORTALSIS

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS)
---	--	---	--	---	---------------------------------

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: RAMON Segundo Apellido: PUJOS Primer Nombre: JOSE Segundo Nombre: CAMILA	7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1010184684	9. Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento: 2/3/04/2/0/0/0
--	--	---	--	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo: <input type="checkbox"/> Condición: <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IRC	18. Residencia Dirección: Centro electoral Municipio / Distrito: Medellin Zona: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Localidad / Corregimiento: Medellin Departamento: Medellin	19. Teléfono fijo: 476 12 12 Teléfono celular: 310 42 12 12			

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: ANA Segundo Apellido: PUJOS Primer Nombre: PUJOS Segundo Nombre: MOLANO	20. Tipo de documento de identidad: CC	21. Número del documento de identidad: 51716565	22. Sexo: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento: 10/9/07/1/1/6/2
--	---	--	---	---

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

24. Apellidos y nombres				25. Fecha de nacimiento				26. Parentesco				27. Etnia			
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Fecha de nacimiento	32. Parentesco	33. Etnia
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

34. Discapacidad Tipo: <input type="checkbox"/> Condición: <input type="checkbox"/>	35. Datos de residencia Municipio / Distrito: Medellin Zona: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento: Medellin Teléfono fijo y/o celular: 476 12 12	36. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
--	--	---

37. Selección de la IPS Primaria Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: C Código de la IPS (a registrar por la EPS): C
--

38. Nombre o razón social	39. Tipo de documento de identificación	40. Número del documento de identificación	41. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección: Medellin Teléfono: 476 12 12 Correo electrónico: Medellin Municipio / Distrito: Medellin Departamento: Medellin			

B. REPORTE DE NOVEDADES

42. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 14. Traslado: A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al casante <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado <input type="checkbox"/>

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

43. Datos básicos de identificación Primer Apellido: ANA Segundo Apellido: PUJOS Primer Nombre: PUJOS Segundo Nombre: MOLANO	44. Tipo de documento de identidad: CC	45. Número del documento de identidad: 51716565	46. Fecha de nacimiento: 10/9/07/1/1/6/2	47. Fecha novedad: 10/9/07/1/1/6/2
--	---	--	---	---

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

48. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	49. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	50. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	51. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	52. 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.	53. 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.	54. 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.	55. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
--	--	--	--	--	---	---	---

VIII. FIRMAS

64. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	65. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
--	---

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC Cantidad: 1 Total: 1	57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	62. 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.	63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.
---	---	---	--	--	---	--	--	--	---

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio: Medellin Código del departamento: Medellin	67. Datos del SISBEN Número de la ficha: Medellin Puntaje: Medellin Nivel: Medellin	68. Fecha de radicación: Medellin	69. Fecha de validación: Medellin
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido: Medellin Segundo Apellido: Medellin Primer Nombre: Medellin Segundo Nombre: Medellin	71. Tipo de documento de identidad: Medellin	72. Número del documento de identidad: Medellin	73. OBSERVACIONES:

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

- ORIGINAL ÚNICA -

**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**

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

- ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? ☒ SI ☐ NO
- ¿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? ☒ SI ☐ NO
- ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente? ☒ SI ☐ NO
- ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? ☒ SI ☐ NO
- ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? ☒ SI ☐ NO

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la EPS FAMISANAR SAS 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:

Juan Camilo B.

Nombres y Apellidos: Juan Camilo Bermudez

Identificación: CC. 16101346B4

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) Juan Camilo Bermudez identificado (a) con el documento CC No. 10101346B4 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 impresa pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Juan Camilo Bermudez

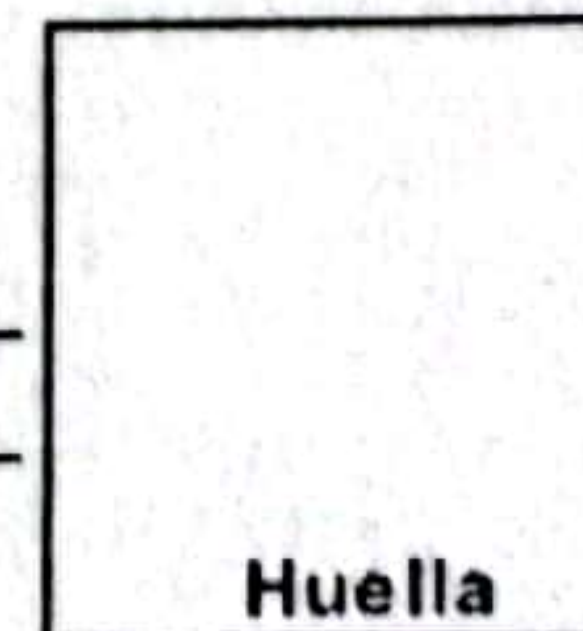
Nombres y Apellidos: Juan Camilo Bermudez

Identificación: CC 10101346B4

Edad: 22 Años

Dirección de Domicilio: Calle 38# 29-70

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



Huella