

## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

### Fecha de Radicación

D | D | M | M | A | A | A | A

### I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea 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: <input checked="" type="checkbox"/> • Cotizante o cabeza de Familia • Beneficiario o afiliado adicional 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 checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
---	--	---	--	---	--

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

6. Apellidos y nombres		Cristiano Gomez		Diana		Carolina	
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo		10. Fecha de nacimiento			
CC	115857900	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		08/01/1988			

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> P	13. Estado GISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC		18. Residencia			
		Dirección		Telefono fijo	Telefono celular
Correo electrónico		Municipio / Distrito		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / Comuna
				Departamento	

## 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		SANCHEL		PINILLA		JUAN		PABLO	
20. Tipo de documento de identidad		21. Número del documento de identidad		22. Sexo		23. Fecha de nacimiento			
CC		14 253124		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		2 4 0 5 1 9 7 8			

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	CRISTIANO	GOMEZ	MISHELL	CRISTIANO
B2	SANCHEL	CRISTIANO	SAMUEL	JEONIMO
B3	SANCHEL	CRISTIANO	ISABELLA	
B4				
B5				

25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de Identidad		27. Sexo Femenino      Masculino		28. Fecha de nacimiento		Datos complementarios	
B1	B2	B3	B4	B5				29. Parentesco	30. Etnia
HRS	115552901				Y	X	27/02/2006	Hija	
HC	122222101						12/03/2016	Hijo	
CC	122221006	X					14/03/2019	Hija	
							D D M M A A A A		
							D D M M A A A A		

[illegible]

### Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre e razón social		36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante e pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación		40. Dirección	41. Teléfono	42. Correo electrónico	43. Municipio / Distrito
					Departamento

## 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 ☐ 6. Código  8. 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 ☐ 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 Subsidado ☐ 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

<b>41. Datos básicos de identificación</b>								<b>Primer Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>
Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/>	Número del documento de identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento D M A A A A A A A A A A A A A A						<b>42. Fecha novedad</b>
43. EPS anterior								44. Motivo de traslado Códico.	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

	El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
DANA CAROLINA CRISTIANO GOMEZ	85. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

## IX. ANEXOS

66. Anexo copia del documento de Identidad: ☐ GN ☐ RG ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ BG ☐ Total

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

68. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

69. 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.

70. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

71. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

72. 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 colizante sobre la ausencia de los dos padres.

73. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

74. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

75. 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      Código del departamento <div></div> <div></div>		67. Datos del SISBÉN Número de la ficha      Puntaje      Nivel <div></div> <div></div> <div></div>			68. Fecha de radicación <div>D D M M A A A A</div>				69. Fecha de validación <div>D D M M A A A A</div>			
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido      Segundo Apellido      Primer Nombre      Segundo Nombre												
Tipo de documento de identidad <div></div>		Número del documento de identidad		OBSERVACIONES:								
71. Firma del funcionario												

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 -**

**Ecodena s.a.** via della Chiesa 10 20121 Milano

**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? ☒ ☐
- ¿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? ☒ ☐
- ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente? ☒ ☐
- ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? ☒ ☐
- ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? ☒ ☐
- Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico? ☒ ☐

**Firma del Afiliado:**

DIANA CAROLINA CRISTIANO GOMEZ

Nombres y Apellidos: DIANA CAROLINA CRISTIANO GOMEZ

Identificación: 1115852900

**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](http://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 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 impresa 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**