

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite
A. Afiliación ☒
B. Reporte de Novedades ☐

2. Tipo de Afiliación
A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia ☒
B. Colectiva ☐
C. Institucional ☐
D. De oficio ☐

3. Régimen
A. Contributivo ☒
B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒
B. Cabeza de familia ☐
C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☐
B. Independiente ☒
C. Pensionado ☐

Código (a registrar por la EPS)

6. Apellidos y nombres: **OSPINA ROSAS STEPHANIE ROJAS**
7. Tipo de documento de identidad: **CC**
8. Número del documento de identidad: **1000161666**
9. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino
10. Fecha de nacimiento: **12/09/1982**

11. Etnia: **25**
12. Discapacidad: **25**
13. Puntaje SISBEN: **25**
14. Grupo de población especial: **25**
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: **3102356107**
16. Administradora de pensiones: **3102356107**
17. Ingreso base de cotización - IBC: **3102356107**
18. Residencia: **3102356107**
19. Apellidos y nombres: **STEPHANIE ROSAS ROJAS**
20. Tipo de documento de identidad: **CC**
21. Número del documento de identidad: **1000161666**
22. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino
23. Fecha de nacimiento: **12/09/1982**

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: **STEPHANIE ROSAS ROJAS**
20. Tipo de documento de identidad: **CC**
21. Número del documento de identidad: **1000161666**
22. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino
23. Fecha de nacimiento: **12/09/1982**

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales
24. Apellidos y nombres: **STEPHANIE ROSAS ROJAS**
25. Tipo de documento de identidad: **CC**
26. Número del documento de identidad: **1000161666**
27. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino
28. Fecha de nacimiento: **12/09/1982**

29. Parentesco: **3102356107**
30. Etnia: **25**
31. Discapacidad: **25**
32. Datos de residencia: **3102356107**
33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS): **3102356107**

Selección de la IPS Primaria
34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: **3102356107**
35. Tipo de documento de identidad: **CC**
36. Número del documento de identidad: **1000161666**
37. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino
38. Fecha de nacimiento: **12/09/1982**

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO
39. Nombre y razón social: **OSPINA ROSAS**
40. Tipo de documento de identidad: **CC**
41. Número del documento de identidad: **1000161666**
42. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino
43. Fecha de nacimiento: **12/09/1982**

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD
44. Tipo de Novedad: **3102356107**
45. Tipo de documento de identidad: **CC**
46. Número del documento de identidad: **1000161666**
47. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino
48. Fecha de nacimiento: **12/09/1982**

49. Tipo de documento de identidad: **CC**
50. Número del documento de identidad: **1000161666**
51. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino
52. Fecha de nacimiento: **12/09/1982**

53. Tipo de documento de identidad: **CC**
54. Número del documento de identidad: **1000161666**
55. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino
56. Fecha de nacimiento: **12/09/1982**

57. Tipo de documento de identidad: **CC**
58. Número del documento de identidad: **1000161666**
59. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino
60. Fecha de nacimiento: **12/09/1982**

61. Tipo de documento de identidad: **CC**
62. Número del documento de identidad: **1000161666**
63. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino
64. Fecha de nacimiento: **12/09/1982**

65. Tipo de documento de identidad: **CC**
66. Número del documento de identidad: **1000161666**
67. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino
68. Fecha de nacimiento: **12/09/1982**

69. Tipo de documento de identidad: **CC**
70. Número del documento de identidad: **1000161666**
71. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino
72. Fecha de nacimiento: **12/09/1982**

73. Tipo de documento de identidad: **CC**
74. Número del documento de identidad: **1000161666**
75. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino
76. Fecha de nacimiento: **12/09/1982**

77. Tipo de documento de identidad: **CC**
78. Número del documento de identidad: **1000161666**
79. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino
80. Fecha de nacimiento: **12/09/1982**

81. Tipo de documento de identidad: **CC**
82. Número del documento de identidad: **1000161666**
83. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino
84. Fecha de nacimiento: **12/09/1982**

85. Tipo de documento de identidad: **CC**
86. Número del documento de identidad: **1000161666**
87. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino
88. Fecha de nacimiento: **12/09/1982**

89. Tipo de documento de identidad: **CC**
90. Número del documento de identidad: **1000161666**
91. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino
92. Fecha de nacimiento: **12/09/1982**

93. Tipo de documento de identidad: **CC**
94. Número del documento de identidad: **1000161666**
95. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino
96. Fecha de nacimiento: **12/09/1982**

97. Tipo de documento de identidad: **CC**
98. Número del documento de identidad: **1000161666**
99. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino
100. Fecha de nacimiento: **12/09/1982**

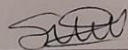
101. Tipo de documento de identidad: **CC**
102. Número del documento de identidad: **1000161666**
103. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino
104. Fecha de nacimiento: **12/09/1982**

105. Tipo de documento de identidad: **CC**
106. Número del documento de identidad: **1000161666**
107. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino
108. Fecha de nacimiento: **12/09/1982**

**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:



Nombres y Apellidos: Stephanie Ospina

Identificación: cc. 1000161666

**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 promuevan 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).

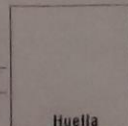
FIRMA A RUEGO

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