

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	3. Régimen A. Contributivo B. Subsidado	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 nombre Parra	7. Tipo de documento de identidad X	8. Número del documento de identidad 52295028	9. Sexo Femenino X Masculino	10. Fecha de nacimiento 04062023
---------------------------------------	---	---	--	--

11. Etnia Sur	12. Discapacidad Tipo N Condición 1	13. Puntaje SISBEN 14	14. Grupo de población especial 33	15. Administradora de riesgos laborales - ARL Sura	16. Administradora de pensiones Colfondos
-------------------------	--	---------------------------------	--	--	---

17. Ingreso base de cotización - IBC 1.160.000	18. Residencia 14	19. Apellidos y nombres Grajales	20. Tipo de documento de identidad X	21. Número del documento de identidad 9850815	22. Sexo Femenino X Masculino	23. Fecha de nacimiento 21091985
--	-----------------------------	--	--	---	---	--

24. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad Tipo N Condición 1	26. Número del documento de identidad 52295028	27. Sexo Femenino X Masculino	28. Fecha de nacimiento 04062023	29. Parentesco Padre	30. Etnia Sur
---	--	--	---	--	--------------------------------	-------------------------

31. Discapacidad Tipo N Condición 1	32. Datos de residencia Municipio / Distrito Zona Urbana Rural Departamento	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
--	--	---

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

35. Nombre o razón social Liliana Andrea Parra Avendaño	36. Tipo de documento de identificación X	37. Número del documento de identificación 52295028	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
---	---	---	---

39. Ubicación HR 14 # 33 D SUR 3142162497	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. 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
---	--

41. Datos básicos de identificación Tipo de documento de identidad Número del documento de identidad Sexo Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
---	-------------------

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

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 intervención 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 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.	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.
--	--	--	---	--	---	---	---

41. Datos básicos de identificación Tipo de documento de identidad Número del documento de identidad Sexo Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
---	-------------------

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

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 intervención 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 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.	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.
--	--	--	---	--	---	---	---

41. Datos básicos de identificación Tipo de documento de identidad Número del documento de identidad Sexo Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
---	-------------------

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

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 intervención 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 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.	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.
--	--	--	---	--	---	---	---

41. Datos básicos de identificación Tipo de documento de identidad Número del documento de identidad Sexo Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
---	-------------------

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

01062023

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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 C. Beneficiario	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)
--	--	---	--	---	---------------------------------

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

6. Apellidos y nombres PARRA	7. Tipo de documento de identidad X	8. Número del documento de identidad 52295028	9. Sexo Femenino X Masculino	10. Fecha de nacimiento 04/06/1976
---------------------------------	--	--	---------------------------------	---------------------------------------

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 SURA	16. Administradora de pensiones COLFONDOJ
17. Ingreso base de cotización - IBC 1.600.000	18. Residencia KR 14 H # 73 D SUR 13	19. Teléfono fijo y/o celular 3142162497			

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

20. Apellidos y nombres Grajales	21. Tipo de documento de identidad X	22. Número del documento de identidad 9850815	23. Sexo Femenino X Masculino	24. Fecha de nacimiento 21/09/1983
-------------------------------------	---	--	----------------------------------	---------------------------------------

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 Masculino	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

31. Discapacidad Tipo Condición	32. Datos de residencia Municipio / Distrito Zona Urbana Rural Departamento	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS cafam	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

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 Liliana Andrea para Avendaño	36. Tipo de documento de identificación X	37. Número del documento de identificación 52295028	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación KR 14 H # 73 D SUR 13	40. Teléfono fijo y/o celular 3142162497	41. Correo electrónico lilianapara76@gmail.com	42. Ciudad Bogotá

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. 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 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
42. Fecha novedad				
43. EPS anterior				
44. Motivo de traslado				
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 internación 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 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.	
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

Firma de Liliana Andrea para A.	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
---------------------------------	---

IX. ANEXOS

56. Anexo: copia del documento de identidad.	CNI	RC	TI	PA	CE	CO	SC	Total
57. Copia del dictamen de incapacidad 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	67. Datos del SISBEN Número de la ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	71. Firma del funcionario	OBSERVACIONES:	

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

cadena s.a

- 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**

- ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? ☒ SÍ ☐ 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? ☒ SÍ ☐ NO
- ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente? ☒ SÍ ☐ NO
- ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? ☒ SÍ ☐ NO
- ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? ☒ SÍ ☐ NO
- Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico? ☒ SÍ ☐ NO

Firma del Afiliado:

Liliana Andrea Parra
Nombres y Apellidos: Liliana Andrea parra
Identificación: 52295028 Bts

**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 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