

NIT 830.003.564-7

06 3188587

No. de Radicación BAT

Fecha de Radicación

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. Subsidio ☐	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)
---	--	---	--	---	---------------------------------

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

6. Apellidos y nombres Ibanez Chaparro Juan Camilo	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 1012454383	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 09/06/1998
---	---	--	--	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo ☐ Condición ☐	13. Puntaje SISBEN C14	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL Suva	16. Administradora de pensiones Paisanir
17. Ingreso base de cotización - IBC 1.160.000	18. Residencia Carrera 9B No. 61 A 35 Sur	19. Zona Urbana ☒ Rural ☐	20. Teléfono fijo	21. Teléfono celular 312522382	22. Correo electrónico Juan.Ibanez@uniminuto.edu.co

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 Bogotá	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento
-----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------

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

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS C	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
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 o razón social Juan Camilo Ibanez Chaparro	36. Tipo de documento de identidad CC	37. Número del documento de identidad 1012454383	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Carrera 9B No. 61 A 35 Sur	40. Correo electrónico Juan.Ibanez@uniminuto.edu.co	41. Teléfono fijo	42. Teléfono celular 312522382

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 Subsidio ☐ 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 Sexo Fecha de nacimiento Tipo de documento de identidad Número del documento de identidad Femenino ☐ Masculino ☐ 04/09/2023	42. Fecha novedad
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código
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 beneficiario o afiliado adicional.	49. Declaración de no internación del cotizante: cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales a 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 prestadoras 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 1561 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 del cotizante	Firma del representante legal
---------------------	-------------------------------

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad: ☐ CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ BC	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 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.	64. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	65. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	66. Copia de la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	67. Copia de la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	68. 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	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 Tipo de documento de identidad Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	OBSERVACIONES: INDEPENDIENTE	

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.



06 3188587

**QUESTIONARIO 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

Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico? ☒ SI ☐ NO

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 del Afiliado:

Nombres y Apellidos: Juan Carlos Ibáñez Chaparro

Identificación: 1012454387

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