Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

06 3193303

No. de Radicación #AT

Fecha de Radicación 01 06 2023

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

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Afiliación X B. Reporte de novedades	A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia X - Beneficiario o afiliado adicional B. Colectivo C. Institucional D. De oficio	A. Cotizantes X B. Subsidiado	A. Cotizante X B. Cabeza de familia C. Beneficiario	0. Dependiente X 1. Independiente 2. Pensionado	(Lo registra por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres			
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	[illegible]	Femenino Masculino	D M A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo - Condición				[illegible]

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
1.160.000	[illegible]	Zona Urbana Rural	[illegible]	[illegible]

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			

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	D M A

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	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

31. Discapacidad Tipo F	M	V	Temporal T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (lo registra por la EPS)
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (lo registra por la EPS)
C [illegible]	
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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (lo registra por la EPS)
[illegible]	CC	[illegible]	

39. Ubicación			
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ | 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ | 3. Actualización de documento de identidad ☐ | 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ | 7. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ 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 X | 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ | 11. Vinculación a un empleador o afiliado para realizar afiliación colectiva ☐ | 12. Desvinculación de una entidad o empleador para realizar retiro colectivo ☐ | 13. Movilidad A. Régimen Contributivo ☐ | B. Régimen Subsidiado ☐ | 14. Traslado A. Mismo Régimen ☐ | B. Otro de tu Régimen ☐ | 15. Cambio de beneficiario ☐ | 16. Reporte de fallecimiento de afiliado ☐ | 17. Reporte de novedad de Protección al Cesante ☐ | 18. Reporte de novedad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

45. Declaración de no dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. X
47. Declaración de no cotización de afiliados 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 información del cotizante, cabeza de familia, pensionado o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y consulte copia 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 suprima la información que se genere de la afiliación o de novedades si se hace de forma no válida según la legislación vigente 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

IX. ANEXOS

66. Anexa copia del documento de identidad:	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad									

01 JUN 2023

Folio Principal

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 decrete 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 patria potestad o el certificado de custodia de los padres o la declaración asistida por el cotizante sobre la persona a cargo de los padres.
63. Copia de la autorización de traslado por cuota de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de la relación o 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

68. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBEN Número de la ficha	Puntaje	Nivel	69. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

cod 13796

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES: Independiente.
71. Firma del funcionario		La afiliación en el régimen subsidiado es sólo si cumple este con las normas legales vigentes de movilidad.

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y es la declaración no contenida en el capítulo VII del formulario.

-1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL-

-2a. COPIA: AFILIADO-

VIGILADO Supersalud