de identidad | Femenino | Masculino | nacimiento | D D M M A A

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

res

pellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

6. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco
			D D M M A A A A	
			D D M M A A A A	
			D D M M A A A A	
			D D M M A A A A	
			D D M M A A A A	

	32. Datos de residencia						
Condición T	Condición P	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	3 d (a

Primaria

tución prestadora de servicios de salud - IPS | Código (a registrar

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

ocial	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o paga (a registrar por la EPS)
Esteban Monsalve C.	C	1022409925	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Depart
			Bogotá	Bog

B. REPORTE DE NOVEDADES

básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5.
☐ Código ☐ 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 lab
izar ☐ 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. Desv
a realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de
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

dentificación mer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Número del documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha novedad D D M M A A
	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

pendencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
o obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
stencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
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.
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 re
ue 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
que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Ofici

IX. ANEXOS

ocumento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total ☐

n de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
ra 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 decla
a unión marital.
do de adopción o acta de entrega del menor.
judicial o del acto administrativo de custodia.
nto 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
zación de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
nculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
ministrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Famisanar
Solange Carrillo
3779
3118358880

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

de la Entidad Territorial io	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación