FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003 564-7

Nº de Radicación EAS

Fecha de Radicación: 07 02 2024

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

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de trámite: A [ ] B [X]
2. Tipo de Afiliación: A [X] B [ ] C [ ] D [ ]
3. Régimen: A [X] B [ ]
4. Tipo de afiliado: A [ ] B [ ] C [ ]
5. Tipo de cotizante: A [ ] B [X] Código

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres: Gualdo Salazar Diana Maria
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 53099077
9. Sexo: [X]
10. Fecha de nacimiento: 14 12 1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA
16. Administradora de pensiones: Provenir 3219145469
17. Ingreso base de cotización - IBC
18. Residencia: Cra 72 B # 48 B 39 Sur
Ciudad: Bogotá
Localidad: Kennedy
Barrio: Bogotá
Teléfono: 2110
Correo electrónico: diana.gualdo@gmail.com

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

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
28. Fecha de nacimiento
Datos complementarios
29. Parentesco
30. Etnia
31. Discapacidad
32. Datos de residencia
Motivo de la UPC no pagada solicitada (a registrar por la EPS)

Selección de la IPS Primaria
34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS
Código de la IPS

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
39. Ubicación

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad: [X]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Gualdo Salazar Diana Maria
Tipo de Documento de identificación: CC
Número del documento de identidad: 53099077
Sexo: [X]
Fecha de nacimiento: 14 12 1984
42. Fecha novedad: 07 02 2024
43. EPS anterior: Famisanar
44. Motivo de traslado
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: Provenir

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

✓ Diana Gualdo

IX. ANEXOS

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
67. Datos del SISBÉN
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación

Famisanar S.A.S
NIT 830.003 564-7

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?	X	
¿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?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	X	

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, depurar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento suministrada 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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACION y AVISO DE PRIVACIDAD disponibles en **www.famisanar.com.co** todo lo cual contempla 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: Diana Maria Giraldo S.

Identificación 53099077

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 esta 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

Nombres y Apellidos de quien da fe de la huella

Huella