Famisanar
NIT. 830.003.564-7

9011159344
9011159344

27935584

Fecha de radicación: 11 06 2024

1. DATOS DEL TRAMITE — Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adherente [ ]
B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Regímenes: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cotizante de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código de regional por la EPS: 3

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

6. Apellidos y nombres: TOBAR SERRANO MILTON
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1007852247
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 26 07 2001
III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)
11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial: NINGUNA
15. Administradora de riesgos laborales - ARL
16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base: $1.300.000
18. Residencia: Zona Urbana [ ] Rural [ ]

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: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino / Masculino	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo / Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Favor llenar la UPC del afiliado adicional (si 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 (si registra) por la EPS

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

35. Nombre: TOBAR SERRANO MILTON
36. Tipo de documento de identificación: CC
37. Número del documento de identificación: 1007852247
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS):
39. Dirección: CALLE 29 19 49
40. Teléfono: 5000000
41. Municipio: PALMIRA
42. Departamento: VALLE DEL CAUCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

43. 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 [ ] Código: [ ] 6. Parametrización 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 administrativa de pensionados (para cotizar) [X] 10. Terminación de la relación laboral o prestación de las condiciones para ser cotizante [ ] 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. Retiro de oficio [ ] 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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
				11 06 2024

43. EPS anterior
44. Motivo de tras.ado (Código)
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de libertad y no violencia: Manifiesto que actúo de forma libre y voluntaria.
47. Declaración de veracidad: Declaro que la información suministrada es veraz y corresponde a la realidad.
48. Declaración de veracidad de soportes: Declaro bajo la gravedad de juramento que los documentos que adjunto son auténticos y fieles a los originales.
49. Autorización para consultar la información: Autorizo a la EPS para que consulte la información de mi historia clínica, relacionada con el diagnóstico, tratamiento y evolución de mi enfermedad, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
50. Autorización para notificar: Autorizo a la EPS para que me envíe información relacionada con mi afiliación, mis aportes y mis servicios de salud a través de mensajes de texto, correo electrónico o cualquier otro medio de comunicación.
51. Autorización para tratamiento de datos personales: Autorizo a la EPS para que trate mis datos personales de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales.

ATU13014A21
Famisanar
11 JUN. 2024
RECIBIDO
NO IMPLICA ACEPTACIÓN HASTA VERIFICAR

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

56. Anexos: Folios: Cantidad: Total:
57. Copia del soporte de la calidad del pensionado emitido por la autoridad competente.
58. Copia del soporte de la relación laboral o de la prestación de las condiciones para ser cotizante o soporte de la afiliación colectiva o de oficio.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara el divorcio, sentencias judiciales que declaran la suspensión de la patria potestad, de la tenencia o de la custodia y cuidado personal, de la interdicción judicial o sentencia judicial que designa la tenencia.
60. Copia de la tarjeta de identidad o cédula de ciudadanía ampliada.
61. Copia del registro civil de nacimiento.
62. Copia de la partida eclesiástica de nacimiento.
63. Copia del documento que acredite la calidad de representante legal de la persona jurídica o del apoderado, de la persona natural, en el caso de actuar a través de terceros de acuerdo con la normatividad vigente.
64. Copia del documento de identidad del representante legal de la persona jurídica o del apoderado, de la persona natural, en el caso de actuar a través de terceros.
65. Copia del acta de conciliación, sentencia judicial o fallo arbitral que ordene el pago de aportes.
66. Copia del documento de identidad del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante.
67. Copia del documento de identidad del beneficiario o afiliado adicional.
68. Copia del registro civil de defunción.
69. Otros anexos.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código de municipio / Código de departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha / Puntaje / Nivel
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES
		CARGO: INDEPENDIENTE

71. Firma del funcionario