Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Fecha de Radicación: 29/10/2024

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X]; B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia • Beneficiario o afiliado adicional [X]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. Oficiosa [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X]; B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [ ]; B. Cabeza de familia [ ]; C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ]; B. Independiente [X]; 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			
Forero	Castañeda	Aurio	Dayanna
7. Tipo de documento de identidad: C	8. Número del documento de identidad: 1070986136	9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]	10. Fecha de nacimiento: 13/09/1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1'300.000 18. Residencia: Cra 8 A Nº 11 17

Dayanaforero09813@gmail.com El Roval Zona: Urbana [X] Rural [ ] San Juan Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACION 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: D D M M A A A 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	N	M	Condición 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 (a registrar por la EPS)
B1						El Roval			Cundinamarca	3227697878	
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS

C: Cafam El Rosal.

B: B: B: B: B:

Código de la IPS (a registrar por la EPS): I

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: Aurio Dayanna Forero Castañeda

36. Tipo de documento de Identificación: CC

37. Número del documento de identificación: 1070986136

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS):

39. Ubicación: El Roval

Dayanaforero09813@gmail.com El Roval Cundinamarca

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 [ ] 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 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 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. 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 | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad: [ ] Número del documento de identidad: Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] Fecha de nacimiento: 42. Fecha novedad: 29/10/2024

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 beneficiarios
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en 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 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

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CE [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: Total: [ ]

ATU16279

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 declara la separación de cuerpos y escritura pública de 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 [illegible] el cotizante sobre [illegible] beneficiarios
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
64. Certificación de vinculación a 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 ordena la afiliación de oficio

Famisanar EPS declare

COPIA DEL ORIGINAL

COD 16404

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]
68. Fecha de radicación: D D M M A A A A
69. Fecha de validación: D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad: [ ] Número del documento de identidad:

71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Independiente S.M. Mora. 03 folios.

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. Cadena s.a.

- ORIGINAL ÚNICA -

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner