Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9011683867

9011683867

No. de Radicación: 28741869

Fecha de Radicación: 16 01 2025

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

| 1. Tipo de trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | 4. Tipo de afiliado | 5. Tipo de cotizante | Código (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación [ ] | A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] | A. Contributivo [X] | A. Cotizante [X] | A. Dependiente [X] | |
| B. Reporte de Novedades [X] | • Beneficiario o afiliado adicional [ ] | B. Subsidiado [ ] | B. Cabeza de familia [ ] | B. Independiente [ ] | |
| | B. Colectiva [ ] | | C. Beneficiario [ ] | C. Pensionado [ ] | |
| | C. Institucional [ ] | | | | |
| | D. De oficio [ ] | | | | |

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido: AGUAS | Segundo Apellido: GUILLIN | Primer Nombre: JUAN | Segundo Nombre: DAVID |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 1100080502 | Femenino [ ] Masculino [X] | D 17 D M 12 M A A 1994 A A |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P] | | | SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA | |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | | |
|---|---|---|---|---|
| $1.423.500 | CALLE 20 2 10 VILLA BARCELONA | | 8209091 | |
| | Dirección | | Teléfono fijo | Teléfono celular |

| Correo electrónico | Municipio / Distrito | Zona Urbana [ ] Rural [ ] | Localidad / Comuna | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| juandavidaguasguillin23@gmail.com | DUITAMA | | | BOYACA |

## 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 | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | 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 | | 28. Fecha de nacimiento | Datos complementarios: 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Femenino | Masculino | | | |
| B1 | | | | | D D M M A A A A | | |
| B2 | | | | | D D M M A A A A | | |
| B3 | | | | | D D M M A A A A | | |
| B4 | | | | | D D M M A A A A | | |
| B5 | | | | | D D M M A A A A | | |

| | 31. Discapacidad | | | | | 32. Datos de residencia | | | | | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrarpo rla EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo | | | Condición | | | | Zona | | | |
| | F | N | M | T | P | Municipio / Distrito | Urbana | Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | |
| 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 (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | | |
| B | | |
| 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 (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| STATIC INGENIERIA SAS | NT | 901573338 | |

| 39. Ubicación | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| CL 26 6 56 OF 101 ED SAN | 31329774 | | TUNJA | BOYACA |

## 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 | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A | 15 01 2025 |

| 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. | X |
| 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 internación 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. | X |
| 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. | X |
| 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. | X |
| 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. | X |

## VIII. FIRMAS

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

## IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

| | CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cantidad: | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| 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 declare 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 pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. | |
| 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 ordene la afiliación de oficio. | |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del municipio | Código del departamento | Número de la ficha | Puntaje | Nivel | D D M M A A A A | D D M M A A A A |
| | | | | | | |

**70. Datos del funcionario que realiza la validación**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | OBSERVACIONES: |
|---|---|---|
| | | |

71. Firma del funcionario

CARGO: AYUDANTE DE OBRA

VIGILADO Supersalud

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.

PORTESCO S.A. NIT. 860.515.402 - 8 TEL. (1)324 50 99

07/2016

INTERNET

Fui

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9011683867

9011683867

## 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 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, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada 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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en ***www.famisanar.com.co***, todo lo cual conforme 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** JUAN DAVID AGUAS GUILLIN

**Identificación:** CC 1100080502

## AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

**SI** ☐ **NO** X

**Firma del afiliado:**

**Nombres y Apellidos** JUAN DAVID AGUAS GUILLIN

**Identificación:** CC 1100080502

"ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

## 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 está 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: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella