

08 09 2025

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	3. Régimen A. Contributivo B. Subsidiado	4. Contribución solidaria A. Colaborante B. Colaborador de familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	5. Tipo de afiliado A. Colaborante B. Colaborador de familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	6. Tipo de cotizante A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	7. Código (se registra por la EPS)
--	--	--	--	--	---	---------------------------------------

A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres Sanchez	9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 1030364593	11. Sexo biológico Masculino	12. Sexo identificación Masculino	13. Nacionalidad Colombia	14. Lugar de nacimiento Bogota	15. Fecha de nacimiento 201114989
-----------------------------------	---	---	---------------------------------	--------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI NO	19. Tiene encuesta SISBEN SI NO	20. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	21. Grupo de población especial
22. Administradores de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradores de Pensiones Bruenik	24. Ingreso base de cotización - IBC 1423000	25. Tarifa contribución solidaria	26. Residencia Carrera 88 F # 72-33 sur	27. Teléfono fijo 3154656264
28. Correo electrónico mosanc@outlook.com	29. Cabeza Municipal Bosa	30. Rural Disperso	31. Centro Poblado	32. Rector Rural	33. Zona

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

34. Apellidos y nombres	35. Tipo de documento de identidad	36. Número del documento de identidad	37. Sexo biológico Femenino Masculino	38. Sexo identificación Y NS Otro Civil	39. Nacionalidad	40. Fecha de nacimiento
-------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--	--	------------------	-------------------------

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

35. Apellidos y nombres		36. Tipo de documento de identidad		37. Número del documento de identidad		38. Sexo biológico		39. Sexo identificación		40. Fecha de nacimiento	
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Datos complementarios del beneficiario

41. Parentesco	42. Etnia	43. Comunidad	44. Grupo de población especial	45. Tiene encuesta SISBEN SI NO	46. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	47. Discapacidad SI NO	48. INCAPACIDAD PERMANENTE SI NO
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabeza Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resido Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (se registra por la EPS)
B1								15201
B2								800000
B3								
B4								
B5								

53. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS
C. **CAFAM**
B1
B2
B3
B4
B5

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social: **Martha Patricia Sanchez**
56. Tipo de documento de identificación: **C.C.**
57. Número del documento de identificación: **1030564693**
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): **Bogotá AC**
59. Ubicación: **Carrera 88 F # 72-33 SW 354656264 mpsanchezoutlook.com Bogotá AC**

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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 ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero ☐ 7. Inscripción de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de rotación laboral ☐ 10. Ajuste de condiciones para cotizar ☒ 11. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 12. Inscripción EPS retorno al país ☐ 13. Derivación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 14. Movilidad A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidado ☐ 15. Traslado A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria ☐

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación
Tipo de documento de identidad: ☐ Número del documento de identidad:
62. Sexo biológico: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐
63. Sexo identificación: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐
64. Fecha de nacimiento:
65. EPS anterior:
66. Fecha de novedad: **08 07 2019**
67. Motivo de traslado:
68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
72. Declaración de no interacción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
73. 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.
74. 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.
75. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
76. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
77. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisben vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

78. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria
Apellidos y nombres:
Tipo de documento de identidad:
Número del documento de identidad:

IX. FIRMAS

80. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva (Institución) o de Oficio
Martha Sanchez

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad ☐ CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ TOTAL ANEXOS
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. 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.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
88. 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.
89. 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.
90. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
91. 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.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial
Código del municipio: Código del departamento:
93. Nombre de la institución:

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer nombre: Segundo nombre:
Tipo de documento de identidad: Número del documento de identidad:
95. Firma del funcionario:
96. Fecha de radicación: 97. Fecha de validación:
OBSERVACIONES: **Independiente**

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.

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? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿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? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S. el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos:

Hartha Sanchez

Hartha Patricia Sanchez Sanchez

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En la 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 recopilar, almacenar, usar, circular, sustraer, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información inscripta 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 fuere 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 pueda 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 promuevan 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).

Identificación:

1030864593

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo con 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 ☐

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos:

Hartha Sanchez

Hartha Patricia Sanchez Sanchez

Identificación:

1030864593

Artículo 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informando para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) ocho 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 impresa 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