

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Fecha de Radicación: 26-08-2025

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input checked="" type="checkbox"/> C. Institucional <input checked="" type="checkbox"/> D. De oficio	3. Régimen A. Contributivo B. Subsidiado	4. Contribución solidaria SI NO	5. Tipo de afiliado A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	6. Tipo de cotizante A. Dependiente B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionario	7. Código (a registrar por la EPS)
--	--	--	---------------------------------------	---	--	------------------------------------

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

8. Apellidos y nombres Herly Camilo Rivera Herrera	9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 1032798661	11. Sexo biológico X	12. Sexo identificación X	13. Nacionalidad Colombiana
14. Lugar de nacimiento Bogotá D.C. Colombia	15. Fecha de nacimiento 08/08/2005	16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI NO	19. Tiene encuesta SISBÉN SI NO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

20. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones Colpensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC 2'100.000	25. Tarifa contribución solidaria
26. Residencia Cra 95A #34-75 sur Bogotá DC Bogotá DC Kennedy	27. Apellidos y nombres	28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación

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

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento	34. Fecha de nacimiento
------------------	-------------------------	-------------------------

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

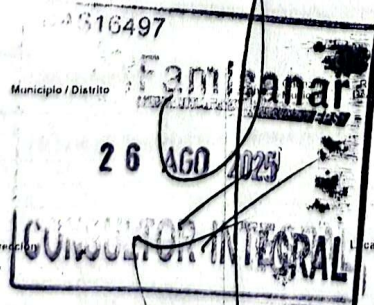
35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
-------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	------------------	--------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. INCAPACIDAD PERMANENTE
----------------	-----------	---------------	---------------------------------	---------------------------	--------------------------	------------------	----------------------------

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Centro Poblado	Rio	Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
--------------	----------------------	----------------	-----	-------	---------------------------	---



C
B1
B2
B3
B4
B5

Colsubsidio Bogotá D.C.

(A registrar por la EPS)

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

55. Nombre o razón social: **Herly Camila Rivera Herrera**
 56. Tipo de documento de identificación: **CC**
 57. Número del documento de identificación: **1032148661**
 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): **Bogotá D.C.**
 59. Ubicación: **Bogotá D.C.**
 3212281292 herlycamila8@gmail.com Bogotá D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad
 1. Actualización 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 tercer Código
 7. Inclusión de beneficiarios o de aliados adicionales
 8. Exclusión de beneficiarios o de aliados adicionales
 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
 11. Inscripción EPS retorno al país
 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones
 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
 15. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
 16. Rapero de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
 17. Reporte del trámite de pre-pensionado
 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 SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación: **Rivera Herrera Herly Comba.**
 Tipo de documento de identidad: **CC**
 Número del documento de identidad: **1032148661**
 62. Sexo biológico: **X**
 63. Sexo identificación: **X**
 64. Fecha de nacimiento: **08082005**
 65. EPS anterior:
 66. Fecha de novedad: **26082025**
 67. Motivo de traslado Código:
 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y aliados 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 impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
 72. Declaración de no interrupción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o aliados 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 aliados adicionales.
 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de aliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieren.
 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o aliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sistema vigente.

VIII. CONTRIBUCION SOLIDARIA

79. 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
 Apellido y nombres:

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad
 Cantidad: 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. 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.
 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
 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 POBLACION 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 POBLACION ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación

97. Fecha de validación

OBSERVACIONES:

26082025

15648
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:

Herly R.

Nombres y Apellidos:

Herly Camilo Rivera Herrera

**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, 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 2º 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 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 3º artículo 3º Decreto 1377 de 2013).

Identificación: 1032798661

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:

Firma del Afiliado: *Herly R.* SI NO ☒

Nombres y Apellidos:

Herly Camilo Rivera Herrera

Identificación: 1032798661

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