

Tipo de afiliado
ARL SURA

Afiliado
VINYELY CORTES SOTO

Documento
C1019069302

Cargo
AUXILIAR DE ENF

NIT Empresa
N900959051-SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE

Tipo de cotizante
Independiente

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **19/09/2025**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor VINYELY SOTO CORTES** con **Cédula de Ciudadanía** número **1019069302**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488447712636**
Fecha de apertura	**18/09/2024**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Ubicada Soba

09 09 2023

I. DATOS DEL TRAMITE

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación / B. Traslado de Administradora
2. Tipo de Afiliación: A. Cotizante / Dependiente o Pensionado / B. Beneficiario - Cotizante Independiente o Pensionado / C. Beneficiario - Afiliado Adicional
3. Régimen: A. Contributivo / B. Excepción / C. Especial
4. Clasificación: A. Cotizante / B. Beneficiario / C. Adicional
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante / B. Beneficiario / C. Cotizante Independiente o Pensionado / D. Pensionado / E. Beneficiario Cotizante Independiente o Pensionado
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente / B. Independiente / C. Pensionado
7. Código

II. A. AFILIACION B. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

8. Apellidos y nombres: Correo Soto Vivian

9. Tipo de documento de identidad: CC

10. Número del documento de identidad: 1019069302

11. Sexo biológico: F

12. Sexo identificación: F

13. Nacionalidad: Colombiana

14. Lugar de nacimiento: País: Colombia; Departamento: Tolima; Municipio: Huila; Acevedo

15. Fecha de nacimiento: 24 12 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia

17. Comunidad

18. Discapacidad: SI / NO X; Categoría discapacidad

19. Tiene encuesta SISBÉN: SI / NO X

20. Clasificación SISBÉN: Cual / Grupo

21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA

23. Administradora de Pensiones: PROTECCION

24. Ingreso base de cotización - IBC: 1'423.500

25. Carta contribución solidaria

26. Residencia: Cll 128 C 91-41 Cundinamarca Bogota

Celular: 3134927099 Email: Vivianduque@hotmail.com

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

27. Apellidos y nombres

28. Tipo de documento de identidad

29. Número del documento de identidad

30. Sexo biológico: Femenino / Masculino

31. Sexo identificación: F / M / Otro / Cual

32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento: País; Departamento; Municipio

34. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

	35. Apellidos y nombres
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

	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
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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. NO APLICADO POSTERIORMENTE
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional a registrar por la EPS
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	53. Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

AFU16187

Famisanar 09/09

Powered by CamScanner

Familiares cotizante

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

53. Nombre y razón social: Ulmer Cortes Soto

54. Ubicación

55. Tipo de documento de identificación: CC

56. Número del documento de identificación: 1049646307

57. Tipo de aportante y grupo de pensiones (si aplica) ver tabla 2.1.7.2

VI. REPORTE DE NOVEDADES

58. 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. Inscripción de la madre de relación inicial
6. Traslado de cotizante a otra EPS
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Retiro de cotizante a otra EPS
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Inscripción EPS cabeza de familia
12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
14. Movilidad A Régimen Contributivo
15. Traslado A Mismo Régimen
16. Retiro de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
17. Reporte del inicio 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

VII. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer nombre | Segundo nombre

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad

62. Sexo biológico: Femenino | Masculino

63. Sexo identificación

64. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

65. EPS anterior

66. Fecha de novedad: 09 09 2025

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 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 interrupción 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
75. 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.
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 Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN 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

Apellidos y nombres

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer nombre | Segundo nombre

Tipo de documento de identidad: CC

Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

Ulmer Cortes Soto

Familiar o apoderado | Nombre completo | 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC

Cantidad: 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 declara 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 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 RESPOINSABLE 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: D D M M A A A A

97. Fecha de validación: D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

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.

Powered by CamScanner

famisanar
NIT 830.003.564-7

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	

Firma del Afiliado: Ulmely Cortes Soto

Nombres y Apellidos: Ulmely Cortes Soto Identificación: 1019069302

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 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).*

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 [X] NO [ ]

Firma del Afiliado: Ulmely Cortes Soto

Nombres y Apellidos: Ulmely Cortes Soto Identificación: 1019069302

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 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

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CORTES SOTO VINYELY** identificado(a) con **CC** número **1.019.069.302** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 06 de agosto de 2013 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 20 de septiembre de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**