

No. de Radicación SAT	
Fecha de Radicación	
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 - Cotizante o cabeza de familia ☐ B. Colectiva ☒ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐ 3. Régimen A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐ 4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ 5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ 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 7. Tipo de documento de identidad 8. Número del documento de identidad 9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐ 10. Fecha de nacimiento 11. Etnia 12. Discapacidad 13. Puntaje SISBEN 14. Grupo de población especial 15. Administradora de riesgos laborales - ARL 16. Administradora de pensiones 17. Ingreso base de cotización - IBC 18. Residencia	
III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)	
19. Apellidos y nombres 20. Tipo de documento de identidad 21. Número del documento de identidad 22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐ 23. Fecha de nacimiento 24. Apellidos y nombres 25. Tipo de documento de identidad 26. Número del documento de identidad 27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐ 28. Fecha de nacimiento 29. Parentesco 30. Etnia 31. Discapacidad 32. Datos de residencia 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)	
34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS 35. Tipo de documento de identificación 36. Número del documento de identificación 37. Tipo de documento de identificación 38. Tipo de afiliado o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO	
39. Ubicación 40. Tipo de Novedad 41. Datos básicos de identificación 42. Fecha novedad 43. EPS anterior 44. Motivo de traslado 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	
B. REPORTE DE NOVEDADES	
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 impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios 49. Declaración de no inscripción 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	
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
54. Anexos: copia del documento de identidad 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio 56. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente 57. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital 58. Copia de la escritura pública o 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 59. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor 60. Copia de la orden judicial o del acta administrativo de custodia 61. 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 62. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud 63. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas 64. Copia del acta administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio	
VIII. ANEXOS	
65. Identificación de la Entidad Territorial 66. Datos del SISBEN 67. Fecha de radicación 68. Datos del funcionario que realiza la validación 69. Fecha de validación	
70. Tipo de documento de identidad 71. Número del documento de identidad 72. Observaciones: INDEPENDIENTE CUENTA PROPIA CODIGO 4797	

Recuerde que con la firma del funcionario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- ORIGINAL ÚNICA -

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	AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES
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? ☒ ☐ ¿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? ☒ ☐ ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente? ☒ ☐ ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? ☒ ☐ ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? ☒ ☐ Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico? ☒ ☐	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). <i>"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 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).</i>
Firma del Afiliado:  Nombres y Apellidos: <u>Diana Cardina Salcedo</u> Identificación: <u>1049610459</u>	

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