Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

063262487

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: 01 / 01 / 2026

1. 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. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	A. Individual - Cotizante o cabeza de familia X - Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo X B. Subsidiado	SI NO X	A. Cotizante X B. Cabeza de familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado	

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Romero	Segundo Apellido: Tuta	Primer Nombre: Jose	Segundo Nombre: Orlando

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	74 150 164	Femenino / Masculino X	T / NB / Otro / Cual	colombiano

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
	Colombia	Boyaca	Turmeque	25 09 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
N1	N1	SI / NO X		SI / NO X	Nivel / Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
Sura	Colpensiones	1750905	

26. Residencia	Teléfono fijo	Correo electrónico	Zona
Kr 93D 39A 11 Sur Bogota / Bogota / Kennedy	3164947115	olarromero26@hotmail.com	Cabecera Municipal X / Rural Disperso / Centro Poblado / Resto Rural

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

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino / Masculino	T / NB / Otro / Cual	

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			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	40. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cual)	41. Lugar de nacimiento (País / Departamento / Municipio)	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 (SI / NO)	48. Clasificación SISBÉN (NIVEL / GRUPO)	49. Discapacidad (SI / NO / CATEGORÍA DISCAPACIDAD)	50. INCAPACIDAD PERMANENTE (SI / NO)
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	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			



Powered by CamScanner

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

C | CO130b0180 Ipanema

B1 | B2 | B3 | B4 | B5

54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

14 01 2026

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

55. Nombre o razón social: Jose Orlando Romero

56. Tipo de documento de identificación: CC

57. Número del documento de identificación: 7415164

58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación: Cra 93D 39A 11 Sur | 3116447113 | orlo romero 26@hotmail.com | Bogotá | Bogotá

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. Código | 6. Reporte de pago a través de un tercero Código | 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. Inscripción EPS retorno al país | 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. Cambio Régimen | 17. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia | 18. Reporte del trámite de protección al cesante | 19. Reporte de la calidad de Pre pensionado | 20. Reporte de la calidad de Pensionado | 21. Ingreso a Contribución Solidaria | 22. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN 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 (Femenino | Masculino | Intersexual) | 64. Fecha de nacimiento (D D / M M / A A A A)

65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad (D D / M M / A A A A) | 67. Motivo de traslado (Código) | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 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 internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 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 | Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

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 declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura publica, 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

DIRECCIÓN SERVICIO 14/01/2026 RIO

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: Independiente 15187.

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.

24/12/2024 V3

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Powered by CamScanner