CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DIANA CAROLINA ORTIZ PAEZ identificado(a) con CC 53135319 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	**17/12/2014**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR**
Categoría:	**B**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN** , a los 04 días del mes febrero del 2026 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

063261528

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

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	A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia - Beneficiario o afiliado adicional	B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo B. Subsidiado	SI NO	A. Cotizante C. Beneficiario B. Cabeza de familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente B. Independiente 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	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ORTIZ	PAEZ	DIANA	CAROLINA

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	53135319	Femenino [X] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	COLOMBIANA.

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
BOGOTA.	COLOMBIA.	CONDINAMARCA	BOGOTA.	07 08 1985

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
		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
		1.750.905-	

26. Residencia

Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CRA 90 # 54-75 SUR.		3198627173	dianahro[illegible]@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
BOGOTA	BOGOTA.	BOSA.	Cabezera 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
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							D D M M A A A A
B2							D D M M A A A A
B3							D D M M A A A A
B4							D D M M A A A A
B5							D D M M A A A A

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 PERMAMENTE (SI / NO)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

16495
[signature] Osorio
Of Eder
02/02/26

Vigilado Supersalud

24/12/2024 V
dispapeles

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -