



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) NANCY ANDREA VALDERRAMA PIRATEQUE identificado(a) con CC 52274392 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 10/12/2025

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO RESTREPO

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN**, a los 27 días del mes marzo 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.

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐	2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o cabeza de familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De otros ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	4. Contribución solidaria SI ☐ NO ☐	5. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Colectiva de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	6. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	7. Código de registro por el EPS
---	--	---	---	---	---	----------------------------------

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

8. Apellidos y nombres Valderrama Pirategue	9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 52274392	11. Sexo biológico Masculino ☒ Femenino ☐	12. Sexo identificación Masculino ☒ Femenino ☐	13. Nacionalidad Colombiana
14. Lugar de nacimiento Bosota Colombia	15. País Colombia	16. Departamento Bosotá	17. Municipio	18. Fecha de nacimiento 30 10 1976	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

19. Etnia	20. Comunidad	21. Discapacidad SI ☐ NO ☒	22. Categoría discapacidad	23. Tiene encuesta SISEN SI ☐ NO ☒	24. Clasificación SISEN Nivel ☐ Grupo ☐	25. Grupo de población especial
26. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Sung	27. Administradora de Pensiones Colpensiones	28. Ingreso base de cotización - IBC Bosico	29. Tasa contribución solidaria	30. Residencia Calle 6 sur #3A-54	31. Teléfono fijo 3204319660	32. Correo electrónico andreuvalpin@gmail.com

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

33. Apellidos y nombres	34. Tipo de documento de identidad	35. Número del documento de identidad	36. Sexo biológico Masculino ☐ Femenino ☐	37. Sexo identificación Masculino ☐ Femenino ☐	38. Nacionalidad
39. Lugar de nacimiento	40. País	41. Departamento	42. Municipio	43. Fecha de nacimiento	

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

44. Apellidos y nombres	45. Tipo de documento de identidad	46. Número del documento de identidad	47. Sexo biológico Masculino ☐ Femenino ☐	48. Sexo identificación Masculino ☐ Femenino ☐	49. Lugar de nacimiento	50. Fecha de nacimiento
51. Tipo de documento de identidad	52. Número del documento de identidad	53. Nacionalidad	54. Sexo biológico Masculino ☐ Femenino ☐	55. Sexo identificación Masculino ☐ Femenino ☐	56. Lugar de nacimiento	57. Fecha de nacimiento

58. Parentesco	59. Etnia	60. Comunidad	61. Grupo de población especial	62. Tiene encuesta SISEN	63. Clasificación SISEN Nivel ☐ Grupo ☐	64. Discapacidad	65. INCAUTACIÓN POR FURTO
66. Parentesco	67. Etnia	68. Comunidad	69. Grupo de población especial	70. Tiene encuesta SISEN	71. Clasificación SISEN Nivel ☐ Grupo ☐	72. Discapacidad	73. INCAUTACIÓN POR FURTO

74. Datos de residencia	75. Dirección	76. Localidad	77. Correo	78. Valor de la UPC del afiliado solidario a registrar en el EPS
79. Departamento	80. Municipio / Distrito	81. Zona	82. Calles	83. Valor de la UPC del afiliado solidario a registrar en el EPS
84. Departamento	85. Municipio / Distrito	86. Zona	87. Calles	88. Valor de la UPC del afiliado solidario a registrar en el EPS

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS)		54. Código de la IPS (se registra por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (se registra por la EPS)

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. Reparto de pago a través de un tercero. Código ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exceso de relación laboral o adopción de exámenes para cotizar ☐ 9. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 10. Inscripción EPS retorno al país ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para recibir afiliaciones colectivas ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para recibir afiliaciones individuales ☐ 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. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia ☐ 17. Reporte del trámite 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 ☐

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación		62. Sexo biológico		63. Sexo identificación		64. Fecha de nacimiento	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad		67. Motivo de traslado		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 intervención del cotizante, cónyuge de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud ☐

73. Autorización para que la EPS solicite y otorgue 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 genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de usuarios vigente y a los entes públicos que por sus funciones la requieren ☐

75. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto ☐

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 Grupo 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

Tercer Apellido

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

LE FIRMAS

Andrea Valdenau

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario declara que no tiene afiliación a otra EPS.

El beneficiario o afiliado adicional declara que no tiene afiliación a otra EPS.

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

Cantidad

CH BC TI CC FA CE CD BC

TOTAL ANEXOS

83. Copia del acta de inscripción permanente emitida por la autoridad competente ☐

84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de civilización 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, con certificado de defunción de los padres o la declaración escrita 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 (Decreto 1713 de 2014) ☐

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 otros ☐

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

89. Identificación de la Entidad Territorial	90. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del departamento

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres		95. Puesto del Funcionario	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Tercer Apellido		Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad		96. Fecha de validación	
97. Fecha de validación		98. Firma del Funcionario	

Resolución que con la firma del funcionario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo IX 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**

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

SI ☒ NO ☐

¿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?

SI ☒ NO ☐

¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

SI ☒ NO ☐

¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?

SI ☒ NO ☐

¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?

SI ☒ NO ☐

¿Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S. el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?

SI ☒ NO ☐

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos:

Identificación:

**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 2010 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los contemplados 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 9º 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." (Número 3º artículo 3º 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 ☐ NO ☒

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos:

Identificación:

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