Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012749645
9012749645

No. de Radicación SAS: 30416751

Fecha de Radicación: 13 03 2026

1. DATOS DEL TRAMITE

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

1. Tipo de tramite	2. Tipo de Afiliacion	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Codigo (a registrar por la EPS)
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	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	A. Cotizante X C. Beneficiario B. Cabeza de familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: BERNAL	Segundo Apellido: SALCEDO	Primer Nombre: ANA	Segundo Nombre: ASTRID

9. Tipo de documento de identidad	10. Numero del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	52879024	Femenino X Masculino	T NB Otro Cual	

14. Lugar de nacimiento	Pais	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				10 10 1983

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoria discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN		21. Grupo de población especial
		SI NO X		SI NO	Nivel	Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A		$1.750.905	

26. Residencia			
TV 17B 77A 54SUR CA NBT	7655586	Teléfono celular	astryprynce3005@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona			
DISTRITO CAPITAL	BOGOTA		Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural

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			
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	Pais	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

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	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 SISBEN	48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad		50. Incapacidad permanente
					SI NO	Nivel	Grupo	SI NO	Categoria discapacidad	
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	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			

Powered by CamScanner

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

C CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO SANTA LIBRADA

B1
B2
B3
B4
B5

54. Codigo de la IPS (a registrar por la EPS)
462

V. DATOS DE IDENTIFICACION 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. Numero del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
COMPANIA DE VIGILANCIA COVISUR	NT	891502104	

59. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio / Código	Departamento
CALLE 48 73 12	4101231	talentohumano@covisurl	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

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 inscripcion 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 relacion laboral o adquisicion 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. Vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas 14. Movilidad A. Regimen Contributivo B. Régimen Subsidiado 15. Traslado: A Mismo Régimen B. Diferente Regimen 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 SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos basicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	62. Sexo biologico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificacion (Femenino / Masculino / NS / Inter / Gay)	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	05 03 2026		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 69. Declaraciones de dependencia economica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Regimen 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 Institucion Prestadora de Servicios de Salud
- [X] 73. Autorizacion para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [X] 74. Autorizacion para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliacion 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. Autorizacion 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 envie información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto
- [ ] 77. Aceptacion de las condiciones para vincularse a la Contribucion Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- [ ] 78. Aceptacion de la actualizacion del grupo familiar y las tarifas en Contribucion Solidaria, segun 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 hara cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres	Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad

IX. FIRMAS

Ana Bernal

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 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		93. 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

Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9012749645
9012749645

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: Ana Bernal

Nombres y Apellidos: ANA ASTRID BERNAL SALCEDO Identificación: CC 52879024

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 NO X

Firma del Afiliado: Ana Bernal.

Nombres y Apellidos: ANA ASTRID BERNAL SALCEDO Identificación: CC 52879024

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