FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar
NIT 830.003 564 7

9013091408
9013091408

30958665

Fecha de Radicación
04 09 2026

I. DATOS DEL TRAMITE — Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Continuación solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código
A. Afiliación X	X	X		X	X	

II. AFILIACION a. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando adelgue o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
MEDINA	PULIDO	CESAR	AUGUSTO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	7179578	X		

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento		
				29	03	1981

b. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
		X			

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
NINGUNA		$1.750.905	

26. Residencia		
CL 25 7 10 G	3214687815	GRUPPEMRESARIAL@GMAIL.

Departamento	Municipio	Zona	Centro Poblado	Rural Dispersa
BOYACA	TUNJA			

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

27. Apellidos y nombres

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

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

35. Apellidos y nombres

	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
81							
82							
83							
84							
85							

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
81								
82								
83								
84								
85								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabecera Municipal	Rural Dispersa	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional
81									
82									
83									
84									
85									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
81			
82			

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

CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO TUNJA

54. Código de la IPS

3453

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

58. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	59. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CESAR AUGUSTO MEDINA PULIDO	CC	7179578	

53. Dirección			
CALLE 25 7 10	32146878	TUNJA	BOYACA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad: 1. Identificación de cotizante sin documento de identificación | 2. Corrección de datos básicos de identificación | 3. Actualización del documento de identidad | 4. Actualización y corrección de datos básicos | 5. Suspensión (solo aplica para el caso de la EPS Indígena) | 6. Reporte de pago y novedad de retiro del cotizante | 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | 9. Inclusión de información sobre el diligenciamiento de condiciones especiales | X

10. Reactivación de la cotizante ubicada en periodo de protección laboral o cesantía | 11. Reactivación EPS (reporte para [ ]) | 12. Traslados a las entidades administradoras de planes voluntarios | 13. Desafiliación de las entidades autorizadas para realizar afiliaciones colectivas | 14. Movilidad A. Régimen Contributivo | B. Régimen Subsidiado

15. Pasa de A. Mismo Régimen | B. Diferente Régimen | 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia | 17. Reporte de terminación de prestación de servicios

18. Cotizante de tipo de No pensionado | 19. Reporte de la calidad de Pensionado | 20. Retiro de Cotizantes Cotizante | 21. Retiro de Cotizantes Aportante

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino / Masculino		

65. EPS afiliada	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
SALUDVIDA S.A. E.P.S.	03 09 2026	Código	

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. Según art. 2.2.1.1.2.1 del Decreto 780 de 2016.

71. Declaración de existencias de razones de fuerza mayor o caso fortuito, que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una IPS afiliada 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 o 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 siempre 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 a celular suministrados de inicio.

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

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

Cesar Augusto Medina Pulido

X. ANEXOS

92. Anexo copia de documento de identidad: CC | TI | CE | RC | PA | CD | SC | PE | PT

Cantidad | NUIP ADJUNTO

93. Certificado de Libertad y Tradición (para personas jurídicas)

94. Copia del registro civil de nacimiento, orden de autoridad pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital

95. Copia de la escritura pública de unión marital que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y copia de la sentencia judicial de la conciliación respectiva o escritura pública que declare la disolución de la unión marital

96. Copia del certificado de afiliación o acta de entrega del menor

97. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia

98. Documento en el cual consten los términos de la patria potestad, guarda de conformidad con la normatividad vigente

99. Certificado de autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (artículo 2.1.7 Decreto 780 de 2016)

100. Autorización de vinculación o de no cotizar al cónyuge para mayor información

101. Copia del acta de liquidación de la sociedad conyugal o patrimonial en la que conste la cuota de beneficiario a la cabeza de familia

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

92. Identificación de la Entidad Territorial

Departamento | Municipio | Código del departamento

93. Nombre de la institución

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 | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario

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