## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS No. de Radicación SAT Fecha de Radicación D D M M A Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo I. DATOS DEL TRÁMITE 2. Tipo de Afiliación A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia • Beneficiario o afiliado adiciona Tipo de trán A. Afiliación 3. Régimen 4. Tipo de afiliado 5. Tipo de cotizante Código (a registrar por la EPS B Colectiva A. Contributivo B. Subsidiado A Cotizante A. Dependiente B. Reporte de Noveda C. Institucional B. Cabeza de familia B. Independiente D. De oficio C. Beneficiario C. Pensionado A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia) 6. Apellidos y nombres 7. Tipo de documento de identidad 8. Número del docur 9. Sexo 10. Fecha de de identidad Femenino Masculino M III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales) o de población especial 15. Administradora de rie 11. Etnia 12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P 17. Ingreso base de cotización - IBC 18. Residen 13. Puntaje SISBÉN 16. Administradora de pensiones o de pobl Zona Urbana Rural IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante) 19. Apellidos y nombre 22. Sexo Femenino Masculino Masculino D M M Femenino Masculino Maculino nacimiento Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales 24. Apellidos y nombres Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre B1 B2 B3 B4 25. Ti o de doc Datos complementarios 26. Número del documento de identidad 29. Parentesco 30. Etnia В1 D | D | M | B3 B4 32. Datos de residencia 33. Valor de la UPC 31. Discapacidad del afiliado adicional (a registrar por la EPS) Tipo N M Municipio / Distrito Departamento Teléfono fijo y/o celula Urbana Rural B5 Selección de la IPS Primaria Código de la IPS (a registrar por la EPS) mbre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO 35. Nombre o razón social 36. Tipo de documento 37. Número del documento de identificación 38. Tipo de aportante o pagador de pension (a registrar por la EPS) de identificación 39. Ubicación B. REPORTE DE NOVEDADES 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 1. Modificación de datos básicos de identificación 2. Cofrección de datos básicos de identificación 3. Actualización de occumento de identificación 4. Actualización de cocumento de identificación 4. Actualización de condición de la Código 6. Reinscripción en la EPS 7. Inclusión de beneficiarios o de affiliados adicionales 9. Inición de beneficiarios o de affiliados adición de beneficiarios o de affiliados adición de la relación laboral o pérdida de las condiciones para realizar affiliaciones colectivas 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar affiliaciones colectivas 9. Inclusión de beneficiarios de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar affiliaciones colectivas 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar affiliaciones colectivas 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo 8. Régimen Subsidiado 14. Traslado: A. Mismo Régimen 8. Diferente Régimen 15. Reporte de fallecimiento 16. Reporte de la calidad de Pre-pensionado 18. Reporte de la calidad de Pensionado VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD 41. Datos básicos de identificación Tipo de documento de identidad 43. EPS anterior 42. Fecha novedad nenino Masculino 44. Motivo de traslado Código 45. Caja de Cor VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción 497. Declaración de visitencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios 49. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. 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.	
51. 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	
52. 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.	
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	
VIII. FIRMAS	

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario ite o entidad responsable de la afiliación colectiva. Institucional o de Ofici

IX. ANEXOS					
56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC Cantidad:	Total				
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.					

- 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- 59. 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.

  60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- nto en que conste la pérdida de la patría potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres

64.	Copia de la autorización de traslado por parte de Certificación de vinculación a una entidad autoriza Copia del acto administrativo o providencia de las	ada para realizar afiliaciones colectiv	as.	e beneficiario o se ordene la afiliación de ofi	cio.		
	X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL						
	66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
М	Código del municipio Código del departamento	Número de la ficha Puntaje	Nivel				
ğ				D   D   M   M   A   A	A   A	DIDIMIMIAIAIAI	Α
ğ [	70. Datos del funcionario que realiza la validación						
ber	Primer Apellido	Segundo Apell	lido	Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento Número del documento de identidad de identidad		to de identidad OBSERVACIONES	5:				
VIGIL.	71. Firma del funcionario						



## CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

## **AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y**

Y DE LA CARTA D		SALUD	DATOS PERSONA	LES SENSIBLES	
¿Previo al diligenciamiento del formu EPS le hizo entrega de la Carta de D del Afiliado y del Paciente?	Perechos y Deberes	sí no	En mi calidad de cotizante, manifies inequívoca y espontánea que le otor su calidad de RESPONSABLE del tr les, mi consentimiento previo pa circular, suprimir, reportar y en gene PERSONALES, DATOS PERSOI información susceptible de tratamier los beneficiarios de mi grupo familiar finalidad de realizar las actividades palud y en los términos previstos en	rgo a la EPS FAMISANAR SAS en ratamiento de mis datos persona- ra recolectar, almacenar, usar, ral para tratar los DATOS NALES SENSIBLES y demás nto, registrada a mi nombre y/o de r en sus Bases de Datos, con la propias del aseguramiento en	
¿Previo al diligenciamiento del formu EPS le hizo entrega de la Carta de D presenta de manera clara su puesto	esempeño donde se		DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE www.famisanar.com.co, todo lo cu: Ley Estatutaria 1581 de 2012 y dem adicionen, reglamenten, complemen	PRIVACIDAD, disponibles en al conforme lo establecido en la iás normas que la sustituyan,	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?			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).		
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?			"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		
	tuvo alguna duda sobre el contenido de la informa- n fue asesorado adecuadamente por la EPS?  humanos o que promueva intereses o garanticen los derechos y garantías d así como los datos relativos a la saluc biométricos." (Numeral 3° artículo 3° L		de cualquier partido político o que de partidos políticos de oposición, ud, a la vida sexual, y los datos		
	Firma del Afiliac	do:			
	Nombres y Apelli	dos:		_	
	Identificación:				
		FIRMA A	A RUEGO		
A ruego del señor (a)			identificado (a) con el documento	No. quien	
			eñor(a)		
edad y sin ningún impedimento par	a dar fe de la informa	ción que est	á recibiendo.		
Como testigo, da fe de todo lo ante	rior y certifica que la h	nuella aquí ir	mpuesta pertenece al señor (a)		
Firmante a Ruego :					
Nombres y Apellidos:		No de	ombres y Apellidos e quien no sabe o		
Identificación:		nc	puede firmar:		
Edad:				Huella	
Dirección de Domicilio:					

## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO <u>DE NOVEDADES AL SGSSS</u> No. de Radicación SAT Fecha de Radicación D | D | M | M | A | A | A | Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo I. DATOS DEL TRÁMITE 2. Tipo de Afiliación A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia 3. Régimen 4. Tipo de afiliado A. Cotizante 5. Tipo de cotizante Código (a registrar por la EPS) B. Colectiva A. Contributivo A. Dependiente B. Reporte de Novedades X Beneficia io o afiliado adicion R Subsidiado B. Cabeza de familia C. Institucional D. De oficio C. Beneficiario C. Pensionado A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia) 6. Apellidos y nombres Segundo Nomb Tipo de documento 10. Fecha de nino Masculino | M | A | A de identidad nacimiento III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales) o de población especial 15. Administradora de riesgos laborales - ARL 13. Puntaje SISBÉN 14. Grupo de poblac Zona Urbana Rural IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante) 19. Apellidos v nombres 21. Número del docu de identidad 22. Sexo Femenino Masculino 23. Fecha de D M Α Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicion 24. Apellidos y nom Segundo Apellido Segundo Nombre B1 25. Tipo de documento 27. Sexc Datos complementarios 26. Número del documento de identidad 28. Fecha de nacimiento Masculing 29. Parenteso 30. Etnia D | D | M | M B3 B4 31. Disca 33.Val or de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EP Tipo Condiciór N M T P Departamento Teléfono fijo v/o celula Municipio / Distrito Urbana | Rural Selección de la IPS Primaria 34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS Código de la IPS E B | (a registrar por la EPS) V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO 36. Tipo de documento de identificación 39. Ubicación B. REPORTE DE NOVEDADES 40. Indo de Noveada 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 6. Reinscripción en la EPS 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 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo 8. Régimen Subsidiado X 14. Traslado: A. Mismo Régimen 8. Diferente Régimen 15. Reporte de fallecimiento 16. Reporte del trámite de protección al cesante 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado 18. Reporte de la calidad de Pensionado 18. VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD 41. Datos básicos de identificación 42. Fecha novedad Tipo de documento Fecha de nacimiento Número del documento de identidad Sexo Sexo Femenino Masculino 44. Motivo de traslado Código de identidad 43. EPS anterior D D M M A A A A D D 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o affiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. 50. 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 affiliados adicionales. 51. 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. 52. 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 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como me VIII. FIRMAS IX. ANEXOS 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC CE

Total

7.	Copia del dictamer	de incapacidad permanente emitido por	la autoridad competente.	
^	On the first of the	1 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	and the first of the control of the control of the first of the first of the control of the cont	2.0

- 59. 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. 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor

- 61. Copia del la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
  62. Copia del 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. 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.  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.						
X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL						
66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISB	ÉN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación		
Código del municipio Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje Nivel				
			D D M M A A A	DIDIMIMIAIAIA		
70. Datos del funcionario que realiza la validación						
Primer Apellido	1	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
Tipo de documento de identidad OBSERVACIONES:						
71. Firma del funcionario						

La activación en el régimen subsidiado está sujeta al cumplimiento de las normas legales vigentes de movilidad.