FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

• • • • • • • • • •

9009420073

No. de radicación: 25165318

Fecha de Radicación: 23 11 2022

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 [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. Oficiosa [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS):

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: CANDAMIL | CANDAMIL | MAGDA | MILENA

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 52506947
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 27 12 1978

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo / Condición
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: $1.000.000
18. Residencia: País / Departamento / Municipio / Ciudad / Zona: Urbana [ ] Rural [ ] / Dirección / Teléfono

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

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios

	31. Discapacidad: Tipo	Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Depto	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS
Código de la IPS (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

35. Nombre o razón social: SERVI LIMPIEZA SA
36. Tipo de documento de identificación: NT
37. Número del documento de identificación: 800148041
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: CL 86 D N. 30 29 | 2563620 | BOGOTA | DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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 vinculación en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reincorporación en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral, cotización de condiciones para cotizar [X] 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. Regimen Contributivo [ ] 14. Movilidad B. Regimen Subsidiado [ ] 15. Traslado A. Menor Régimen [ ] 16. Traslado B. Mayor Régimen [ ] 17. Reporte del trámite de protección al desempleado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento
42. Fecha novedad: 21 11 2022
43. EPS Anterior
44. Motivo de traslado: Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica del cónyuge o compañero(a) permanente
47. Declaración de no obligación de aportar al Régimen Contributivo (Solo para el caso de los cónyuges)
48. Declaración de compromiso de cumplir con los requisitos de afiliación de Ley (Solo para el caso de los menores que tomen por primera vez la afiliación)
49. Declaración de no vinculación del cónyuge, compañero(a) permanente, beneficiario o afiliado a otra EPS (Solo para el caso de los Subsidiados)
50. Autorización para que la EPS pueda consultar y/o reportar a la Central de Información de la Protección Social (CIPS) de la Superintendencia Nacional de Salud
51. Autorización para que la EPS pueda consultar información de los aportantes de la afiliación a la seguridad social en salud en la base de datos de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) y/o en las bases de datos de las administradoras de pensiones, de los otros padres.
52. Autorización para que la EPS pueda consultar información de los aportantes de la afiliación a la seguridad social en salud en la base de datos de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) y/o en las bases de datos de las administradoras de pensiones, de los otros padres.
53. Autorización para que la EPS pueda realizar llamadas telefónicas o correos electrónicos de ofertas

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante o cabeza de familia
55. Huella del cotizante o cabeza de familia

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: Folios
57. Copia del documento de reconocimiento de la dependencia económica del cónyuge o compañero(a) permanente
58. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública de constitución de unión marital de hecho
59. Copia de la escritura pública o documento auténtico que demuestre el divorcio, sentencia judicial que declare la nulidad del matrimonio o sentencia judicial de separación de cuerpos o de bienes, o de la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de afiliación o acta de entrega del menor.
61. Copia de la acción judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de afiliación de los padres o la Certificación expedida por el Instituto de Bienestar Familiar, de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acta administrativa o documento de las autoridades competentes en la que conste el estado de beneficiario o de afiliado adicional.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio / Código del departamento
67. Datos del SISBEN: Número de la ficha / Puntaje / Nivel
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:
CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones consignadas en la sección VII del formulario.

Cambio Empleo

INTERNET

VER REVERSO