

9009992011  
9009992011

No. de Radicación  
26111394

Fecha de Radicación  
29 04 2023

## 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 <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> • Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/>	4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS)
--	--	---	--	---	---------------------------------

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: SOLER Segundo Apellido: GONZALEZ Primer Nombre: CARLOS Segundo Nombre: ALBERTO	7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 3161873	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento: D 20 D M 12 M A A 1956 A
--	---------------------------------------	---	--	---

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC \$1.160.000	18. Residencia Dirección: _____ Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Localidad / Comuna: _____ Departamento: _____	19. Correo electrónico	Municipio / Distrito	Teléfono fijo	Teléfono celular

## 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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
---	------------------------------------	---------------------------------------	--	--

## 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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia
B1			D D M M A A A A		
B2			D D M M A A A A		
B3			D D M M A A A A		
B4			D D M M A A A A		
B5			D D M M A A A A		

31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito: _____ Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> 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 C B B B	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 TRANSPORTES ESPECIALES	36. Tipo de documento de identificación: NT	37. Número del documento de identificación: 901500495	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación CR 82 25G 60 Dirección	3204373760 Municipio / Distrito	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar <input checked="" type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 14. Traslado: A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado <input type="checkbox"/>
---

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____	42. Fecha novedad: D 01 D M 04 M A A 2023 A
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 de los beneficiarios o afiliados adicionales. <input type="checkbox"/>	47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/>
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. <input type="checkbox"/>	49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. <input type="checkbox"/>
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. <input type="checkbox"/>	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. <input type="checkbox"/>
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. <input type="checkbox"/>	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input type="checkbox"/>

## VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
--	---

## IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC Cantidad: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>	57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/>
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. <input type="checkbox"/>	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. <input type="checkbox"/>
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/>	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/>
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. <input type="checkbox"/>	63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. <input type="checkbox"/>
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/>	65. 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. <input type="checkbox"/>

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial Código del municipio: _____ Código del departamento: _____	67. Datos del SISBÉN Número de la ficha: _____ Puntaje: _____ Nivel: _____	68. Fecha de radicación: D D M M A A A A	69. Fecha de validación: D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____			
71. Firma del funcionario	OBSERVACIONES: CARGO: CONDUCTOR - REPARTIDOR		

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

Cambio Empleo

INTERNET



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CARLOS ALBERTO SOLER GONZALEZ identificado(a) con CC 3161873 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	19/06/2016
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO SOACHA VENTURA TERREROS
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 02 días del mes mayo del 2023.

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.



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) BLANCA LUCELLY GUZMAN COBO identificado(a) con CC 20565708 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	12/01/2002
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PLAZA DE LAS AMERICAS
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 02 días del mes mayo del 2023.

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.



MINISTERIO DE SALUD Y  
PROTECCIÓN SOCIAL

## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

### Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	19282196
NOMBRES	CARLOS ALBERTO
APELLIDOS	LASSO ORJUELA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

### Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	03/03/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 05/02/2023 10:47:12 | Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDU, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDU, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

 [IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)