# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

148979645

*(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)*

## I. DATOS DEL TRÁMITE

**1. Tipo de Trámite:** A. Afiliación X — B. Reporte de Novedades

**2. Tipo de Afiliación:** A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X — B. Colectiva — D. De Oficio — - Beneficiario o Afiliado adicional — C. Institucional

**3. Régimen:** A. Contributivo X — B. Subsidiado

**4. Tipo de Afiliado:** A. Cotizante Y — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario

**5. Tipo de Cotizante:** A. Dependiente — B. Independiente X — C. Pensionado

**Código** (a registrar por la EPS): X03

## A. AFILIACIÓN

## II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

**6. Apellidos y nombres**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| Delgado | Arroyo | Luis | Eduardo |

**7. Tipo de documento de identidad:** CN — TI — CE — CD — RC — CC X — PA — SC

**8. Número del documento de identidad:** 16697133

**9. Sexo:** Femenino — Masculino X

**10. Fecha de nacimiento:** 26 03 1964

## 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:**

**16. Administradora de Pensiones:**

**17. Ingreso base de cotización - IBC:** 1900000

**18. Residencia**

Dirección: X CALLE 14 # 46A 90 TORRE 11 GRADA APTO 402

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: X 3185921972

Correo Electrónico: X landucci_2000@hotmail.com

Municipio / Distrito: Cali

Zona: Urbana X — Rural

Localidad / Comuna:

Departamento: Valle

## 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:** CN — TI — CE — CD — RC — CC — PA — SC

**21. Número del documento de identidad:**

**22. Sexo:** Femenino — Masculino

**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 | | | | |

**Datos Complementarios**

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo | 28. Fecha de nacimiento | 29. Parentesco |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | Femenino — Masculino | D D M M A A A A | |
| B2 | | | Femenino — Masculino | D D M M A A A A | |
| B3 | | | Femenino — Masculino | D D M M A A A A | |
| B4 | | | Femenino — Masculino | D D M M A A A A | |
| B5 | | | Femenino — Masculino | D D M M A A A A | |

| | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo | 31. Discapacidad Condición | 32. Datos de Residencia Municipio/Distrito | Zona | Departamento | Teléfono Fijo y/o Celular | 33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | F N M | T P | | Urbana — Rural | | | |
| B2 | | F N M | T P | | Urbana — Rural | | | |
| B3 | | F N M | T P | | Urbana — Rural | | | |
| B4 | | F N M | T P | | Urbana — Rural | | | |
| B5 | | F N M | T P | | Urbana — Rural | | | |

**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) |
|---|---|---|
| C | | 194604 |
| B | | 1276 |
| B | | |
| B | | |

Original: EPS - 1a Copia: EMPLEADOR - 2a Copia: AFILIADO

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo documento de Identificación | 37. Número del documento de Identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| | NIT TI CE CC PA CD | | |

39. Ubicación
Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

## 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 inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 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 [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. 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

## 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 | Fecha de nacimiento | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|
| CN TI CE CD RC CC PA SC | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | D D M M 2 0 2 1 |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado | 45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|
| | Código | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y 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 afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 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.
- [x] 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 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.
- [x] 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 | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

- [x] 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad CN RC TI CC PA CE CD SC 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.
- [ ] 62. 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.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 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.

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del Municipio | Código del Departamento | Número de ficha | Puntaje | Nivel | D D M M A A A A | D D M M A A A A |
| | | | | | | |

**70. Datos del funcionario que realiza la validación**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento | Número de documento de identidad | 71. Firma del Funcionario |
|---|---|---|
| | | EPS Sanitas 13 NOV. 2021 Yudy Hernández |

**Observaciones:** CTE 03 CTD

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

| Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Sello de Radicación | Sticker procesamiento |
|---|---|---|
| Yudy Hernandez | 17-11-2021 | 313000003 |