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 02 2022

154034601

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ✓

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

3. Régimen: A. Contributivo ✓ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante ☐ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ✓

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente ☐ 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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Escalante	Puerta	María	Patricia

7. Tipo de documento de identidad: CN ☐ TI ☐ CE ☐ CD ☐ RC ☐ CC ✓ PA ☐ SC ☐

8. Número del documento de identidad: 1047.458.327

9. Sexo: Femenino ✓ Masculino ☐

10. Fecha de nacimiento: D D 14 04 1993

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: Proteccion

17. Ingreso base de cotización - IBC: 5.000.000

18. Residencia

Dirección: Nuevo Campestre Mz 5 Lote 11

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3145959877

Correo Electrónico: escalantepuerta@gmail.com

Municipio / Distrito: Ocaña

Zona: Urbana ☐ Rural ✓

Localidad / Comuna:

Departamento: Bolivar

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	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	pre de la popa - Impresiones ONLY	10308-1408
B		
B		
B		

OFIX

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 [ ]
- [x] 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 [ ] 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	25 02 2022

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas	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.
- [ ] 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 vigente 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	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
Mana Escolante	

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.
- [ ] 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

Observaciones:

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
Naapiles		45508658