

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



E.P.S. Sanitas

Organización Sanitas Internacional

NIT. 800.251.440-6

CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Página 1 de 2

Fecha de Radicación

03/02/2022

I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación	A. Individual <input checked="" type="checkbox"/> - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/> - Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	D. De Oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen	A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input 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 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	Gonzalez	Tamayo	Diana	Marlen			
7. Tipo de documento de identidad	C-C	8. Número del documento de identidad	52259977	9. Sexo	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento	10/10/1975

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia		12. Discapacidad	Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P	13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial			
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones	Protección	17. Ingreso Base de Cotización - IBC					
18. Residencia	Cll 152C # 103B-40	Dirección		Teléfono Fijo		Teléfono Celular	3222386385	Correo Electrónico	dianaymarlen@gmail.com
	Municipio / Distrito	Urbana <input type="checkbox"/> Zona Rural <input type="checkbox"/>		Localidad / Comuna		Departamento			

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		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	DD MM AAAA
-------------------------	--	------------------------------------	--	---------------------------------------	--	----------	--	-------------------------	------------

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 documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	
B1		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	DD MM AAAA	
B2			DD MM AAAA	
B3			DD MM AAAA	
B4			DD MM AAAA	
B5			DD MM AAAA	

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo	Condición
B1			F N M	T P
B2				
B3				
B4				
B5				

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		Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			
B2					
B3					
B4					
B5					

Selección de la I.P.S. Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la EPS.)
C	
B	
B	
B	

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 de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la EPS.)		
39. Ubicación	Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 1 de 2

A0. Tipo de Novedad

- | | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 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
Código <input type="text"/> | <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 <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidio</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 14. Traslado <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo | <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidio | <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen | <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen |
| <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo | | | | | |
| <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidio | | | | | |
| <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen | | | | | |
| <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen | | | | | |
- ☐ 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

☐ 15. Reporte de fallecimiento
☐ 16. Reporte del intento 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

A1. Datos básicos de identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		Fecha de Radicación	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
43. EPS Anterior				44. Motivo de Traslado Código <input type="text"/>		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencias económicas 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, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- ☐ 50. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. reporte la información que se genera 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 requieren
- ☐ 52. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

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

DIANA M. GONZALEZ T

IX. ANEXOS

- | | | | | | | | | | | |
|---|----------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad | Cantidad | CN <input type="text"/> | RC <input type="text"/> | TI <input type="text"/> | CC <input type="text"/> | CE <input type="text"/> | PA <input type="text"/> | CD <input type="text"/> | SC <input type="text"/> | Total <input type="text"/> |
|---|----------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------|
- ☐ 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 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 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 Código del Municipio <input type="text"/> Código del Departamento <input type="text"/>		67. Datos del SISBÉN Número de Ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>		68. Fecha de Radicación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		69. Fecha de Validación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/>		Primer nombre <input type="text"/>		Segundo nombre <input type="text"/>			
Tipo de documento de identidad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Número del documento de identidad <input type="text"/>		71. Firma del funcionario			

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
C.C. No <input type="text"/>		

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