FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 900.251.448-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

168826223

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

Diego Alexis Zarama Claros

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación				3. Régimen	
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual	Cotizante o Cabeza de Familia	B. Colectivo	D. De Oficio	A. Contributivo X	B. Subsidiado
		Beneficiario o Afiliado adicional	C. Institucional			

4. Tipo de Afiliado			5. Tipo de Cotizante			Código
A. Cotizante X	B. Cabeza de Familia	C. Beneficiario	A. Dependiente	B. Independiente Y	C. Pensionado	(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
Claros	Zarama	Diego	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CDX PA SC	79979869	Femenino Masculino X	D 3 0 4 1 9 9 0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
	Porvenir	$1'160.000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo
Cr 2B2 # 73 N Bis 59	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3013512550	clubdeportivoarival@gmail.com.

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Valle del Cauca	Urbana ✓ Rural		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	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	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		
B		
B		
B		

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