

No. de Radicación

Fecha de Radicación

Del 936  
Tel 6852985 04 07 20 23



174874005

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

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

|                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                 |                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>1. Tipo de Trámite</b><br>A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>                                       |  | <b>2. Tipo de Afiliación</b><br>A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/><br>B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                    | <b>3. Régimen</b><br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/> |                                              |
| <b>4. Tipo de Afiliado</b><br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> |  |                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>5. Tipo de Cotizante</b><br>A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/> |                                                                                                                 | <b>Código</b><br>(a registrar por la EPS) 03 |

**A. AFILIACIÓN**

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

|                                                                                    |  |                                                           |                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6. Apellidos y nombres</b><br>Primer Apellido: Garcia Segundo Apellido: Caceres |  | Primer Nombre: Luis Segundo Nombre: Dary                  |                                                                                                   |
| <b>7. Tipo de documento de identidad</b><br>CN TI CE CD<br>RC CC PA SC             |  | <b>8. Número del documento de identidad</b><br>37.748.025 | <b>9. Sexo</b><br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |
|                                                                                    |  | <b>10. Fecha de nacimiento</b><br>20/11/1979              |                                                                                                   |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

|                                                                                                 |  |                                                                                 |                                        |                           |                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>11. Etnia</b>                                                                                |  | <b>12. Discapacidad</b><br>Tipo F N M Condición T P                             |                                        | <b>13. Puntaje SISBÉN</b> | <b>14. Grupo de población especial</b>                      |
| <b>15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL</b>                                            |  |                                                                                 | <b>16. Administradora de Pensiones</b> |                           | <b>17. Ingreso base de cotización - IBC</b><br>\$ 1.100.000 |
| <b>18. Residencia</b><br>Dirección: Cio 3 # 60-80 H <sup>a</sup> A casa 4 Villas de Santa Sofia |  |                                                                                 |                                        |                           | Teléfono Fijo                                               |
| Teléfono Celular: 3158242240                                                                    |  | Correo Electrónico                                                              |                                        | Departamento: Santander   |                                                             |
| Municipio / Distrito: Bucaramanga                                                               |  | Zona: Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> | Localidad / Comuna                     |                           |                                                             |

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR**

|                                                                                        |  |                                              |                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante</b> |  |                                              |                                                   |
| <b>19. Apellidos y nombres</b><br>Primer Apellido Segundo Apellido                     |  | Primer Nombre Segundo Nombre                 |                                                   |
| <b>20. Tipo de documento de identidad</b><br>CN TI CE CD<br>RC CC PA SC                |  | <b>21. Número del documento de identidad</b> | <b>22. Sexo</b><br>Femenino Masculino             |
|                                                                                        |  |                                              | <b>23. Fecha de nacimiento</b><br>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 Nombre |  | Segundo Nombre |  |
|-------------------------|------------------|---------------|--|----------------|--|
| Primer Apellido         | Segundo Apellido |               |  |                |  |
| 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 | 32. Datos de Residencia |              | 33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS) |                           |
|-----------|------------------|-------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|           | Tipo Condición   | Municipio/Distrito      | Zona         | Departamento                                                        | Teléfono Fijo y/o Celular |
| 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                                                                   |  |                                           |
| R                                                                   |  |                                           |



|                           |                                      |                                            |                                      |                         |                   |
|---------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|-------------------|
| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo documento de identificación | 39. Ubicación Dirección | 40. Teléfono Fijo |
|                           | NIT CC                               | TI PA                                      | CE CD                                |                         |                   |
| Correo Electrónico        |                                      |                                            | Municipio / Distrito                 | Departamento            |                   |

### B. REPORTE DE NOVEDADES

#### 40. Tipo de Novedad

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

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

##### 43. EPS anterior

Deo Especial

##### 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 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

*[Firma]*

##### 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

#### IX. ANEXOS

- |                                             |                         |       |
|---------------------------------------------|-------------------------|-------|
| 56. Anexo copia del documento de identidad: | CN RC TI CC PA CE CD SC | TOTAL |
| <input type="checkbox"/>                    |                         |       |
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 SISBEN | 68. Fecha de Radicación | 69. Fecha de Validación |
| Código del Municipio                         | 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:

+ col 03 independiente

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

|                                                      |                         |                       |
|------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Sello de Radicación     | Sticker procesamiento |
| <i>[Firma]</i>                                       | <i>[Firma]</i> 04/02/23 |                       |
| ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL                   |                         |                       |
| REGIONAL BIMANGA                                     |                         |                       |