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: NIT, TI, CE, CC, PA, CD

37. Número del documento de identificación

38. Tipo de aportante a pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección

Teléfono Fijo

Correo Electrónico

Municipio / Distrito

Departamento

VI. 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
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. Misma 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

VII. 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: CN, RC, TI, CC, CE, PA, CD, SC

Número del documento de identidad

Sexo: Femenino / Masculino

Fecha de nacimiento

42. Fecha

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado
Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VIII. 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 inhabilidad 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 suministre 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

IX. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

NO ENTREGADO

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

X. ANEXOS

CN RC TI CC PA CE CD SC TOTAL

Cantidad

56. Anexo copia del documento de identidad
57. Copia del dictamen de invalidez 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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio / Código del Departamento

67. Datos del SISBÉN
Número de ficha / Puntaje / Nivel

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

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: Incapacitado

EPS Sanitas
OFICINA ZONAL IPS
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
06 JUN 2023

Recibido con la firma del funcionario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y autoriza las condiciones consignadas en el capítulo VII del formulario

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

Sello de Radicación
RECIBIDO POR:

Sticker precargamiento

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No. de Radicación

Fecha de Radicación

174015226

(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. Recorte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual X B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio
   Cotizante o Cabeza de Familia X
   Beneficiario o Afiliado adicional
3. Régimen: A. Contributivo X B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado
   Código (a registrar por la EPS): 03

II. A. AFILIACIÓN

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
[illegible]	[illegible]	LUZ	[illegible]

7. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC X PA SC
8. Número del documento de identidad: 33 [illegible] 43
9. Sexo: Femenino X Masculino
10. Fecha de nacimiento: 08 02 1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M, Condición T P)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
		2'800.000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo
K 1 N - 126 # 22A - 85 - T 2 - APTO 1104	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3164659147	LAYI0502@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona (Urbana X Rural)	Localidad / Comuna	Departamento
Bogota DC		Fontibon	Cundinamarca

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 (TI RC CE CD PA SC)	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino Masculino	23. Fecha de nacimiento

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		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

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

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		218916
B		
A		203015

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

KPDATA