FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No. de Radicación | Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

174044482

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: ORTIZ | Segundo Apellido: TORRES | Primer Nombre: DIVA | Segundo Nombre: LUCIA
7. Tipo de documento de identidad: CN RC TI CC CE PA CD SC
8. Número del documento de identidad: 52 655 651
9. Sexo: Femenino [X] Masculino
10. Fecha de nacimiento: 1 0 | 0 7 | 1 9 6 4

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: colpensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.160.000
18. Residencia
Dirección: Calle 65 - L # 56B - 33 | Teléfono Fijo:
Teléfono Celular: 3204736563 | Correo Electrónico: gibabb917@gmail.com
Municipio / Distrito: Barranquilla | Zona: Urbana [X] Rural | Localidad / Comuna: Barrios Unidos | Departamento: Atlantico

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 RC TI CC CE PA CD 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 (D D M M A A A A)	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	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		12403
B		11582
B		
B		

KPRATA

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

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 o pagador de Pensiones no reportado por la EPS

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. Retiro por pensión 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. Novedad: [ ] 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 (CN, TI, CE, CD, RC, CC, PA, SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino, Masculino)	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Perfil (D D M M A A A A)

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [x] 47. Declaración de si no cotización de al Ramo al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [x] 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.
- [x] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 50. Autorización para que la EPS solicite y consulte datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 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 Adres y a las entidades externas que por sus funciones lo requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS envíe a los correos 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.
- [x] 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

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 sentencia judicial, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega definitiva.
- [ ] 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 jurada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la calificación de invalidez 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 los autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial (Código del Municipio / Código del Departamento)	67. Datos del SISBEN (Número de ficha / Puntaje / Nivel)	68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de Validación (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: Independiente

EPS Sanitas
OFICINA ZONA III
SECTOR PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
15 JUN 2023
RECIBIDO POR:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información [illegible] consignada en los literales VI y VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Oficina procesamiento
Angie H. 7154		