# 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

200113409

**Fecha de Radicación** D D M M A A A A

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1. Tipo de trámite** | A. Afiliación [ ] | **2. Tipo de Afiliación** | A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] | B. Colectiva [ ] | D. De Oficio [ ] | **3. Régimen** | A. Contributivo [X] | |
| | B. Reporte de Novedades [ ] | | - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] | C. Institucional [ ] | | | B. Subsidiado [ ] | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **4. Tipo de afiliado** A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] | **5. Tipo de cotizante** A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] | **Código** (a registrar por la EPS) | |

**A. AFILIACIÓN**

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

| **6. Apellidos y nombres** | | | |
|---|---|---|---|
| DUARTE | RODRIGUEZ | VICTOR | HUGO |
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |

| **7. Tipo de documento de identidad** | **8. Número del documento de identidad** | **9. Sexo** | **10. Fecha de nacimiento** |
|---|---|---|---|
| CC | 4136677 | Femenino [ ] Masculino [X] | D D M M A A A A |

## 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** |
|---|---|---|
| | | 1300000 |

| **18. Residencia** Dirección | Teléfono Fijo | Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| Carrera 72 # 4 - 19 | | 3156702169 | victorduarte1271@gmail.com |

| Municipio / Distrito | Zona | Localidad / Comuna | Departamento |
|---|---|---|---|
| BOGOTA | Urbana [X] Rural [ ] | | 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** | **21. Número del documento de identidad** | **22. Sexo** | **23. Fecha de nacimiento** |
|---|---|---|---|
| | | 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 | | | | |

| | **25. Tipo de documento de identidad** | **26. Número documento de identidad** | **27. Sexo** | | **28. Fecha de nacimiento** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Femenino | Masculino | |
| B1 | | | | | D D M M A A A A |
| B2 | | | | | D D M M A A A A |
| B3 | | | | | D D M M A A A A |
| B4 | | | | | D D M M A A A A |
| B5 | | | | | D D M M A A A A |

Datos complementarios

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

| | **32. Datos de residencia** | | | | | **33. Valor de la UPC del afiliado adicional** (A registrar por la E.P.S.) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Municipio / Distrito | Zona Urbana | Zona Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o Celular | |
| B1 | | | | | | |
| 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 E.P.S.) |
|---|---|---|
| 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 E.P.S.) |
|---|---|---|---|
| KYR SOLUCION SAS | NIT | 900949842 | |

| **39. Ubicación** Dirección | Teléfono Fijo | Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

200113409



## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

- [ ] 1. Modificación 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. 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. 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 | Número del documento de identidad | Sexo | | Fecha de Radicación | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Femenino | Masculino | | 12 04 2024 (D D M M A A A A) |

| 43. EPS Anterior | 44. Motivo de Traslado | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|
| SANITAS ACTIVO | Código [ ] | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 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, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [x] 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
- [x] 51. Autorización para que la E.P.S. 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
- [x] 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.
- [x] 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 |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

Cantidad | CN | RC | TI | CC | CE | PA | CD | SC | 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 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 | 67. Datos del SISBÉN | | | 68. Fecha de Radicación | 69. Fecha de Validación |
|---|---|---|---|---|---|
| Código del Municipio / Código del Departamento | Número de Ficha | Puntaje | Nivel | D D M M A A A A | D D M M A A A A |
| | | | | | |

**70. Datos funcionario que realiza la validación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 71. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| | | |

**Observaciones:**

| Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial | Sello de radicación | Sticker procesamiento |
|---|---|---|
| FABIAN ROJAS 79980534<br>C.C. No. | | |

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