

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS **E.P.S. Sanitas** Organización Sanitas Internacional NIT 900.251.446-6 CÓDIGO 005 República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Página 1 de 2

Fecha de Radicación

03/07/2025

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 ☒	B. Colectiva ☐	D. De Oficio ☐	3. Régimen	A. Contributivo ☒
	B. Reporte de Novedades ☐		- Beneficiario o Afiliado adicional ☐	C. Institucional ☐			B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado	A. Cotizante ☒	B. Cabeza de Familia ☐	C. Beneficiario ☐	5. Tipo de cotizante	A. Dependiente ☐	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	Sanchez	Sandra	Viviana
7. Tipo de documento de identidad	C.C.	8. Número del documento de identidad	1116723479
		9. Sexo	Femenino ☒ Masculino ☐
		10. Fecha de nacimiento	04/11/1988

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	NA	12. Discapacidad	Tipo ☐ ☐ ☐ Condición ☐ ☐	13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones	Colpensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC	1423500		
18. Residencia	Carrera 44A #14-64	Teléfono Fijo	3186295168	Teléfono Celular	3186295168	Correo Electrónico	say248@gmail.com
	Municipio / Distrito	Zona	Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / Comuna	10	Departamento	Valle del Cauca

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			
20. Tipo de documento de identidad		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			
25. Tipo de documento de identidad		26. Número documento de identidad	
		27. Sexo	Femenino ☐ Masculino ☐
		28. Fecha de nacimiento	

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo	Condición
			F N M	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 E.P.S.)
-------------------------	----------------------	------	--	--------------	---------------------------	--

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.)
---	--

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.)
39. Ubicación	Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOSX. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIALObservaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
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.