

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado		4. Contribución solidaria Si No	
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional		6. Tipo de Cotizante A. Dependiente B. Independiente ☒ C. Pensionado		7. Código (a registrar por la EPS) 03			

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>Castelblanco</u> Segundo Apellido: <u>Teutino</u> Primer Nombre: <u>Deisy</u> Segundo Nombre: <u>Yvonne</u>		9. Tipo de documento de identidad <u>CC</u>		10. Número del documento de identidad <u>10100033-15</u>		11. Sexo biológico Femenino ☒ Masculino		12. Sexo identificación F M T NB Otro		13. Nacionalidad <u>Colombiana</u>	
14. Lugar de nacimiento <u>Bogotá</u> País: <u>Colombia</u>		Departamento <u>Bogotá</u>		Municipio <u>Bogotá</u>		15. Fecha de nacimiento <u>17/01/2000</u>					

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad Si No Categoría de discapacidad		19. Tiene encuesta SISBEN Si No		20. Clasificación SISBEN Nivel Grupo		21. Grupo de población especial	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL <u>P. Susa</u>		23. Administradora de Pensiones <u>Protección</u>		24. Ingreso base de cotización - IBC <u>1423.500</u>		25. Tarifa Contribución Solidaria					
26. Residencia Dirección: <u>Calle 64 # 105 - 11</u> Teléfono Celular: <u>3042554864</u> Correo Electrónico: <u>deisy.castelblanco2005@gmail.com</u>											
Departamento <u>Bogotá</u>		Municipio / Distrito <u>Bogotá</u>		Localidad / Comuna <u>Engativá</u>		Zona Cabecera Municipal Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural					

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Conyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____		28. Tipo de documento de identidad		29. Número del documento de identidad		30. Sexo biológico Femenino Masculino		31. Sexo identificación F M T NB Otro		32. Nacionalidad	
33. Lugar de nacimiento País: _____ Departamento: _____ Municipio: _____		34. Fecha de nacimiento									

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres		36. Tipo de documento de identidad		37. Número del documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico		40. Sexo identificación		41. Lugar de nacimiento		42. Fecha de nacimiento	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre												
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B1			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B2			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B3			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B4			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B5			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B1				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B1		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B3		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		

Dirección: _____ Localidad / Comuna: _____ Correo Electrónico: _____

B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		278407
B1		236304
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO			
55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación Dirección	Teléfono fijo o Celular		
Correo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito	
60. Tipo de Novedad			
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación			
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación			
☐ 3. Actualización del documento de identificación			
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios			
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código			
☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código			
☐ 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. Inscripción EPS retorno al país			
☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas			
☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas			
☐ 14. Movilidad ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado			
☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen			
☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia			
☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante			
☐ 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado			
☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado			
☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria			
☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria			

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD			
61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	62. Sexo biológico
			Femenino Masculino
63. Sexo identificación		Cuál	64. Fecha de nacimiento
F M T NB Otro			
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado
			Código
		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales	
☒ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción	
☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios	
☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud	
☐ 73. 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	
☐ 74. 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	
☐ 75. 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	
☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes	
☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente	

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA					
79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS	
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Deisy C.	

X. ANEXOS	
☐ 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT	
☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente	
☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital	
☐ 85. 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	
☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor	
☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia	
☐ 88. 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	
☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016	
☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	
☐ 91. 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	
Total Anexos	

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL		
92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL			
94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario
			96. Fecha de radicación
			97. Fecha de validación

OBSERVACIONES	
Independiente	
Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario	
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	
NURIA C.	
EPS Sanitas	
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN DE PAGES	
28 MAR 2025	
RECIBIDO POR: 210100032	
Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO-	