



187494147

(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 ☒ 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)	

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

8. Apellidos y nombres Primer Apellido: SANABRIA Segundo Apellido: ROSAS Primer Nombre: OMAR Segundo Nombre: FERNANDO		9. Tipo de documento de identidad: CC	10. Número del documento de identidad: 79984279	11. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☒	12. Sexo identificación: F M T NB Otro	13. Nacionalidad: COLOMBIANA
14. Lugar de nacimiento: BOGOTÁ	15. Fecha de nacimiento: 09/11/1981					

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				23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC \$ 1.423.500		25. Tarifa Contribución Solidaria			
26. Residencia Dirección: CRA 92C B-5 57-77 SUR Teléfono Celular: 3007144964 Correo Electrónico: DROMARSPO951@GMAIL.COM											
Departamento: CUNDINAMARCA		Municipio / Distrito: BOGOTÁ		Localidad / Comuna: BOGOTÁ		Zona: Cabecera Municipal ☒ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐					

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge 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															

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							
B2							
B3							
B4							
B5							

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				
B2				
B3				
B4				
B5				
Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico		
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

A. AFILIACIÓN

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS					54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)				
C					21840				
B1					216011				
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		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre			
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		62. Sexo biológico		63. Sexo identificación		64. Fecha de nacimiento	
				Femenino Masculino		F M T NB Otro		Cual	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad		67. Motivo de traslado		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones			
		11/04/2021		Código					

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				

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		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre			
Primer Apellido									
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		95. Firma del funcionario		96. Fecha de radicación		97. Fecha de validación	
						DD MM AAAA		DD MM AAAA	
OBSERVACIONES:									
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS 10 ABR 2025 EPS SANTITAS OFICINA ZONA IN									

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				RECIBIDO POR:		Sello de Radicación		Sticker procesamiento	

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