EPS Sanitas — Número consecutivo de control — NIT 800.251.440-6

REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

200489988

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)

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

8. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Serrano. Segundo Apellido: Leon. Primer Nombre: Nestor. Segundo Nombre: pompilio.
9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número del documento de identidad: 12.556.793.
11. Sexo biológico: Femenino / Masculino X
12. Sexo identificación: F / M X / T / NB / Otro / Cuál
13. Nacionalidad: Colombia
14. Lugar de nacimiento: País: Colombia. Departamento: Magdalena. Municipio: Santa Marta.
15. Fecha de nacimiento: 09/10/1962.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia
17. Comunidad
18. Discapacidad: Si / X No — Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBÉN: Si / No
20. Clasificación SISBÉN: Nivel / Grupo
21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
23. Administradora de Pensiones
24. Ingreso base de cotización - IBC: 2.600.000.
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia Dirección: Cra 18A # 8-88. Los almendros
Teléfono Fijo: —.
Teléfono Celular: 3008389431
Correo Electrónico: pompy-6292@hotmail.com.
Departamento: Magdalena. Municipio / Distrito: Santa Marta. Localidad / Comuna:
Zona: Cabecera Municipal X / 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 / Cuál
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 — 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
B1				Femenino / Masculino	F / M / T / NB / Otro / Cuál	País / Departamento / Municipio	
B2				Femenino / Masculino	F / M / T / NB / Otro / Cuál	País / Departamento / Municipio	
B3				Femenino / Masculino	F / M / T / NB / Otro / Cuál	País / Departamento / Municipio	
B4				Femenino / Masculino	F / M / T / NB / Otro / Cuál	País / Departamento / Municipio	
B5				Femenino / Masculino	F / M / T / NB / Otro / Cuál	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
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)
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			

A. AFILIACIÓN

Powered by CamScanner

200469985

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
01 CM Santa Marta Cortes.	270413 13981

SECCIÓN 5: IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE DE LA ENTIDAD RESPONSABLE 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. 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. Inclusión de la excepción 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. Pago de licencia laboral o adquisición de competencias para cotizar
- 10. Terminación de la licencia laboral o pérdida de las competencias para seguir cotizando
- 11. Ingreso de ETP laboral 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. Otro ante 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.

SECCIÓN 6: IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO PRINCIPAL O BENEFICIARIO

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: F M T NB Otro Cuál	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado: Código	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensión
	02 05 2025		

SECCIÓN 7: 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 relación de hijo/a mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72. Declaración de la no afiliación 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 lo 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.

SECCIÓN 8: 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. de documento de identidad

SECCIÓN 9: OBSERVACIONES

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
Néstor Serrano	

SECCIÓN 10: ANEXOS

82. Anexo copia de 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

SECCIÓN 11: DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

SECCIÓN 12: 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

E.P.S. Sanitas
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
26/05/25

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado autoriza a la EPS a consultar la información registrada en el capítulo VII del formulario

Sello identificación y nombre del Encuesta Comercial

Sticker precargado

Powered by CamScanner