



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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado	4. Contribución solidaria Si No
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	6. Tipo de Cotizante A. Dependiente B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> 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: Gonzalez Segundo Apellido: Rivera Primer Nombre: Carol Segundo Nombre: Adriana	9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 5278418	11. Sexo biológico Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino	12. Sexo identificación F X M T NB Otro	13. Nacionalidad Colombiana
14. Lugar de nacimiento Bte. Colombia	15. Fecha de nacimiento 04/12/1981	16. Departamento Bogotá			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia		17. Comunidad	18. Discapacidad Si No	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 1123500		25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia Dirección Cia 64B # 57B - 91 SW						27. Teléfono Fijo
28. Teléfono Celular 3222742000		29. Correo Electrónico Carol.gonzalez94@yahoo.com				
30. Departamento Bogotá		31. Municipio / Distrito Bogotá		32. Localidad / Comuna		33. Zona Cabecera Municipal <input checked="" type="checkbox"/> 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 D D M M A A A A				

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 Femenino Masculino	40. Sexo identificación F M T NB Otro Cual	41. Lugar de nacimiento País: Departamento: Municipio:	42. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
B1			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País: Departamento: Municipio:	D D M M A A A A
B2			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País: Departamento: Municipio:	D D M M A A A A
B3			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País: Departamento: Municipio:	D D M M A A A A
B4			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País: Departamento: Municipio:	D D M M A A A A
B5			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País: Departamento: Municipio:	D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio/ Distrito	zona Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural	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		

I. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C			
1			
2			
3			
4			
5			

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			
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación. <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.		<input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidado <input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia. <input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante. <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado. <input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria. <input type="checkbox"/> 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 F M T NB Otro Cuál
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad 05/09/2015	67. Motivo de traslado Código	64. Fecha de nacimiento D M A A A A A A
		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES			
<input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. <input type="checkbox"/> 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 Carol Gonzalez K	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS	
<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT <input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 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
Primer Apellido	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:	EPS Sanitas OFICINA ZONA IN RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS 05 SEP 2025 RECIBIDO POR:
----------------	---

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

Sticker procesamiento

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