FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

184682968

(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 [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS): 1

A AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Lopez	Rodriguez	Marco	Antonio

7. Tipo de documento de identidad: CN [ ] TI [ ] CE [ ] CD [ ] RC [ ] CC [X] PA [ ] SC [ ]

8. Número del documento de identidad: 79713343

9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]

10. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A: 01 08 1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia:

12. Discapacidad: Tipo F [ ] N [ ] M [ ] Condición T [ ] P [ ]

13. Puntaje SISBÉN:

14. Grupo de población especial:

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura

16. Administradora de Pensiones: porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC: 4000 000

18. Residencia

Dirección: Cra 54 # 169 60

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3166944074

Correo Electrónico: Marcolopez@gmail.com

Municipio / Distrito: Bta

Zona: Urbana [X] Rural [ ]

Localidad / Comuna:

Departamento: Bta

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad: CN [ ] TI [ ] CE [ ] CD [ ] RC [ ] CC [ ] PA [ ] SC [ ]

21. Número del documento de identidad:

22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]

23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	
B2			Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	
B3			Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	
B4			Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	
B5			Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo			Condición		32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F [ ]	N [ ]	M [ ]	T [ ]	P [ ]		Urbana [ ]	Rural [ ]			
B2		F [ ]	N [ ]	M [ ]	T [ ]	P [ ]		Urbana [ ]	Rural [ ]			
B3		F [ ]	N [ ]	M [ ]	T [ ]	P [ ]		Urbana [ ]	Rural [ ]			
B4		F [ ]	N [ ]	M [ ]	T [ ]	P [ ]		Urbana [ ]	Rural [ ]			
B5		F [ ]	N [ ]	M [ ]	T [ ]	P [ ]		Urbana [ ]	Rural [ ]			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		Libre Elección
B		
B		
B		

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

OFIX SUMINISTROS Y LOGÍSTICA SAS - NIT: 900.156.826-1 100264458 Sku.23572