EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 01102025

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación: X 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)

8. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Salazar | Segundo Apellido: David | Primer Nombre: Nadim | Segundo Nombre: Lorena Salazar

9. Tipo de documento de identidad: CC | 10. Número del documento de identidad: 34616248. | 11. Sexo biológico: Femenino ___ Masculino ___ | 12. Sexo identificación: F ___ M ___ I ___ NB ___ Otro ___ Cual ___ | 13. Nacionalidad

14. Lugar de nacimiento: País: Colombia | Departamento: Antioquia | Municipio: Turbo | 15. Fecha de nacimiento: 11051985

Datos Personales

16. Etnia ___ | 17. Comunidad ___ | 18. Discapacidad: Si ___ No ___ Categoría de discapacidad ___ | 19. Tiene encuesta SISBÉN: Si ___ No ___ | 20. Clasificación SISBEN: Nivel ___ Grupo ___ | 21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Positiva | 23. Administradora de Pensiones: Porvenir | 24. Ingreso base de cotización - IBC: 1.848.000. | 25. Tarifa Contribución Solidaria ___

26. Residencia Dirección: Calle 53 #98C-43 | Teléfono Fijo ___
Teléfono Cel: 3104061190 | Correo Electrónico: lorenasalazar185@gmail.com.
País ___ | Municipio - Distrito: Cali | Localidad / Comuna ___ | Zona: Cabecera Municipal ___ Centro Poblado ___ Rural Disperso ___ Resto Rural ___

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 ___ I ___ NB ___ Otro ___ Cual ___ | 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. Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	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											
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
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
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

B1

B2

B3

B4

B5

SECCIÓN IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razon social

56. Tipo documento de Identificación

57. Numero 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 Electronico

Departamento

Municipio / Distrito

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación
2. Corrección de datos básicos de identificación
3. Actualización de documento de identificación
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inexpresión 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 reactivación de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Inscripción en 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

SECCIÓN DATOS BÁSICOS DE LA PERSONA OBJETO DE LA NOVEDAD

61. Datos basicos de identificacion
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 Cual

64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior

66. Fecha de novedad

67. Motivo de traslado
Codigo

68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

SECCIÓN 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 fallecimiento de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
72. Declaración de no inscripción 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 sus datos personales de conformidad a la política de tratamiento de información y 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 DATOS DEL CABEZA DE FAMILIA

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

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

Nadiny Lorena Salazar David

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

SECCIÓN 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 el 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 DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD RESPONSABLE DE LA POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Codigo del municipio

Codigo del departamento

93. Nombre de la Institución

SECCIÓN DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD 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

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

Sello de Radicación

Sticker procesamiento EPS