EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 26 08 2025

790939356

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

A. AFILIACIÓN

## I. DATOS DEL TRÁMITE

| 1. Tipo de Trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | 4. Contribución solidaria |
|---|---|---|---|
| A. Afiliación: | A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia: X | A. Contributivo: | Si: |
| B. Reporte de Novedades: X | - Beneficiario o Afiliado adicional: | B. Subsidiado: | No: X |
| | B. Colectiva: | | |
| | C. Institucional: | | |
| | D. De Oficio: | | |

| 5. Tipo de Afiliado | 6. Tipo de Cotizante | 7. Código |
|---|---|---|
| A. Cotizante: X | A. Dependiente: X | (a registrar por la EPS) |
| B. Cabeza de Familia: | B. Independiente: | |
| C. Beneficiario: | C. Pensionado: | |
| D. Afiliado adicional: | | |

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

| 8. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| REY | VERA | HARBI | ALEXANDER |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA | 1000323041 | Femenino: Masculino: X | F: M: X T: NB: Otro: Cuál: | COLOMBIANA |

| 14. Lugar de nacimiento | | | | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | País | Departamento | Municipio | D D M M A A A A |
| | COLOMBIA | | | 0 9 0 2 2 0 0 1 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

**Datos Personales**

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

| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS | PORVENIR | $ 2.500.000 | |

| 26. Residencia Dirección | Teléfono Fijo |
|---|---|
| CR 102C 56F 34 SUR | |

| Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|
| 6015165799 | HARBIALEXANDER@GMAIL.COM |

| Departamento | Municipio / Distrito | Localidad / Comuna | Zona |
|---|---|---|---|
| BOGOTA D.C. | BOGOTA D.C. | SUR | Cabecera Municipal: X Centro Poblado: Rural Disperso: 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 | 31. Sexo identificación | 32. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino: Masculino: | F: M: T: NB: Otro: Cual: | |

| 33. Lugar de nacimiento | | | | 34. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | País | Departamento | Municipio | 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 | 40. Sexo identificación | 41. Lugar de nacimiento | 42. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 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 | | | |

ADRES Ciudadanía Digital 3.0 Versión 1.0 Agosto 2025

B. REPORTE DE NOVEDADES

| 53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | | 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | EPS SANITAS CENTRO MEDICO NARINO | |
| B1 | | |
| 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) |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO ANTARES IP | NIT | 901901686 | |

**59. Ubicación**

| Dirección | Teléfono fijo o Celular |
|---|---|
| CL 127 D 70 D 27 | 3175023770 |

| Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito |
|---|---|---|
| ASISTENTE@INCITECO.CO | BOGOTA D.C. | BOGOTA D.C. |

**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.
- [X] 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**

| Primer Apellido | 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 Cuál | D D M M A A A A |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| | 26 08 2025 | 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.
- [X] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 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 |
|---|---|
| Harbi Alexander Rey | |

## 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 arcticulo 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 |
|---|---|---|---|
| | 001 | 11 | |

## XII. 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 |
|---|---|---|---|---|
| | | | 26 08 2025 | D D M M A A A A |

CREACION DE EMPRESA

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 |
|---|---|---|
| ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LTDA<br>900.282.038 | EPS SANITAS<br>RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS<br>Recibido por: A.C.I.<br>Fecha: 26-08-2025 | |

EPS Sanitas

*Nuestro compromiso es contigo*

NIT. 800.251.440-6

## FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

**Nombre del Afiliado** HARBI ALEXANDER REY VERA

| | | |
|---|---|---|
| Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? | X | NO |
| Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? | X | NO |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente? | X | NO |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? | X | NO |
| Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adeduadamente por la EPS? | X | NO |
| ¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular? | X | NO |

Harbi Alexander Rey

Firma del Afiliado HARBI ALEXANDER REY VERA

Documento de Identidad 1000323041

### FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el señor(a) _____, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella Índice

Nombres y Apellidos:

Documento de identidad:

Edad:

Dirección de domicilio:

Nombre de la persona que no sabe firmar

### FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

HARBI ALEXANDER REY VERA , declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequivoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi esto de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: **www.epssanitas.com.** Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañia y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: Harbi Alexander Rey

Nombre: HARBI ALEXANDER REY VERA

Identificación: 1000323041

Fecha: 26-08-2025