FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro corazón es contigo
NIT. 830.251.430-6

No de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

790875359

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

1. Tipo de Tramite	2. Tipo de Afiliación	3.Regimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	-Cotizante o Cabeza de Familia X Colectiva D. De Oficio A. Individual -Beneficiario o Afiliado adicional Institucional	A. Contributivo X Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiari	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	

DATOS DEL AFILIADO O BENEFICIARIO

6. Apellidos y Nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
SANCHEZ	VALENCIA	JOHANA	CAMILA

7. Tipo de Documento de Identidad	8. Numero del Documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	1016027528	Femenino X Masculino	2 7 0 6 1 9 9 0

DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje de SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
SURA ARL	COLFONDOS AFP	$1.423.500

18. Residencia	Teléfono Fijo
CALLE 11H 96G 85	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3017903155	jcamilasanchezts@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
BOGOTA D.C.	Urbana X Rural		DISTRITO CAPITAL

DATOS COMPLEMENTARIOS

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	21. Tipo de Documento de Identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC			D D M M A A A A

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

24. Tipo de Documento de Identidad Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero (a) permanente cotizante

25. Tipo de Documento de Identidad	26. Numero del Documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1		Femenino Masculino		
B2		Femenino Masculino		
B3		Femenino Masculino		
B4		Femenino Masculino		
B5		Femenino Masculino		

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional a registrar
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	
B 13817 LACORSALUD LTDA	
B	
B	

OFIXPRES NIT. 900.156.826-1

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

Powered by CamScanner

35. Nombre o razón social	36. Tipo de Documento de Identificación	37. Numero del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
GRUPO EMPRESARIAL INGECOL SAS	NIT X TI CE CC PA CE	900379869	

39. Ubicación Dirección		Teléfono Fijo
	CLL 125 60 65	4325878

Correo electrónico	Municipio/ Distrito	Departamento
talentohumano@grupoingecol.com	BOGOTA D.C.	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5 Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7 Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12 Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectiva
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [X] 14. Traslado: [X] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite do protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado:
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad (CN TI CE CD / RC CC PA SC)	Numero del Documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha
				11 03 2025

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
SURA EPS	Código [ ]	

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicio de Salud.
- [X] 50. 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] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS manaje 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] 53. Autorización para que la EPS envié información al correo electrónico o al celular

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	54. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
Johana Sanchez	

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] TOTAL [ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. 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
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menar
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificada de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. 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.

66. Identificación de la Entidad Territorial: Codigo del Municipio	Codigo del Departamento	67. Datos del SISBEN: Numero de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de Validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que re

Tipo de documento	Numero de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

EPS Sanitas
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN
20 MAR 2025
Recibido por:

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	Stalker procesamiento
EPS SANITAS RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS Recibido por: A.C.I Fecha: 20-03-2025		

Powered by CamScanner

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

JOHANA CAMILA SANCHEZ VALENCIA 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 numero de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y al 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, 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, explicita, informada e y inequívoca a EPS Sanitas yo 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 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 este 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 compañía y/o correo electrónico

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Johana Sanchez

Firma: _____

Nombre: JOHANA CAMILA SANCHEZ VALENCIA

Identificación: 1016027528

Fecha: 2025-03-11

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

Nombre del Afilado: JOHANA CAMILA SANCHEZ VALENCIA

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
Previa al diligenciamiento del formulario de afiliación la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño donde a presenta de manera clara su puesto en el ranking	X NO
Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del aliado y del paciente?	X NO
Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X NO
Si tuyo alguna duda sobre el contenido de la información, Lule asesorado adecuadamente por la EPS?	X NO
Autoriza a EPS Sanitas envió de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular	X NO

Johana Sanchez

_____

Firma del Afiliado
Documento de Identidad 1016027528

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

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella 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

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.016.027.528

SANCHEZ VALENCIA

APELLIDOS

JOHANA CAMILA

NOMBRES

Camila Sanchez Valencia

FIRMA



Powered by CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-JUN-1990**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

11-JUL-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-01064091-F-1016027528-20190226 **0064**648817A 1 9907542532

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Powered by CamScanner