

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									

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				
☐ 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.				
☒ 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 SEGUN REPORTE DE LA NOVEDAD							
61. Datos básicos de identificación		Primer Nombre			Segundo Nombre		
Primer Apellido		Segundo Apellido					
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		62. Sexo biológico		63. Sexo identificación	
				Femenino Masculino		F M T NB Otro	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad		67. Motivo de traslado		64. Fecha de nacimiento	
				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.						
☐ 72. Declaración de no internación 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 vigenta y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.						
☐ 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.						
☐ 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

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
<i>Jacif</i>	

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 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	

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

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL					
94. Apellidos y nombres		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido			
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		95. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:		96. fecha de radicación		97. Fecha de validación	
Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información reportada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario		RECIBIDO POR: EPS Sanitas OFICINA ZONA IN			
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial		Sello de Radicación		Sticker procesamiento	
NUSAC		874		03 DIC 2025	
		RECIBIDO POR:		310100033	

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



188450541

(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		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ Beneficiario o Afiliado adicional		B. Colectiva	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) 03	

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

8. Apellidos y nombres Primer Apellido CONSUEGUA		Segundo Apellido FONTALVO		Primer Nombre JESUS		Segundo Nombre Eduardo	
9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 1.047.465.113	11. Sexo biológico Femenino Masculino ☒		12. Sexo identificación F M X T NB Otro		Cuál	13. Nacionalidad Colombiana
14. Lugar de nacimiento País Colombia		Departamento Bolívar		Municipio Cartagena		15. Fecha de nacimiento 29/12/1993	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia		17. Comunidad	18. Discapacidad Si No	Categoría de discapacidad	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 Colpensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC 1423.800		25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia Dirección Calle 74 # 22-81		Teléfono Fijo					
Teléfono Celular 301 271 4412		Correo Electrónico JSSCONSUEGUA@Gmail.com					
Departamento Bogotá D.C.		Municipio / Distrito Bogotá		Localidad / Comuna Barrio Ciudad		Zona Cabecera Municipal 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		Cuál	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento País		Departamento		Municipio		34. Fecha de nacimiento DD MM AAAA	

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		Cuál	41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	42. Fecha de nacimiento DD MM AAAA
B1			Femenino Masculino	F M T NB Otro	Cuál	País Departamento Municipio	DD MM AAAA	
B2			Femenino Masculino	F M T NB Otro	Cuál	País Departamento Municipio	DD MM AAAA	
B3			Femenino Masculino	F M T NB Otro	Cuál	País Departamento Municipio	DD MM AAAA	
B4			Femenino Masculino	F M T NB Otro	Cuál	País Departamento Municipio	DD MM AAAA	
B5			Femenino Masculino	F M T NB Otro	Cuál	País Departamento Municipio	DD MM AAAA	

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 Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente Si No
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					