EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 08 01 2026

(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] B. Colectiva [ ] D. De Oficio [ ] - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Contribución solidaria: Si [ ] No [X]
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. Código (a registrar por la EPS):

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
VILLALBA	CARDENAS	JUAN	CARLOS

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC	91519705	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ]		COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
BUCARAMANGA	COLOMBIA	SANTANDER	BUCARAMANGA	20 04 1983

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

26. Residencia — Dirección: CRA 87B # 8A - 72 T1 APTO 103 — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3103460869 — Correo Electrónico:

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
CUNDINAMARCA	D.C	KENNEDY	Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

A. AFILIACIÓN

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

27. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
BADILLO	DE LA HOZ	JENNIFER	EALEN

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	Cual	32. Nacionalidad
CC	55. 304. 740	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ]		COLOMBIANA

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
BARRANQUILLA	COLOMBIA	ATLANTICO	BARRANQUILLA	18 12 1984

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	BADILLO	DE LA HOZ	JENIFER	EALEN
B2	VILLALBA	BADILLO	JUAN	LUCAS
B3	VILLALBA	BADILLO	ANNIE	SARITH
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 (País / Departamento / Municipio)	42. Fecha de nacimiento
B1	CC	55.304.740		Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual:	CO / ATL / BQA	18 12 1984
B2	RC	1.015.000.341		Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual:	CO / D.C / D.C	16 05 2022
B3	TI	1.188.223.875		Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual:	CO / D.C / D.C	20 08 2016
B4				Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual:	/ /	DD MM AAAA
B5				Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual:	/ /	DD MM AAAA

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	ESPOSA	N/A	N/A	N/A	Si [ ] No [X]	Nivel: Grupo:	Si [ ] No [X] Categoría de discapacidad:	Si [ ] No [X]
B2	HIJO	N/A	N/A	N/A	Si [ ] No [X]	Nivel: Grupo:	Si [ ] No [X] Categoría de discapacidad:	Si [ ] No [X]
B3	HIJA	N/A	N/A	N/A	Si [ ] No [X]	Nivel: Grupo:	Si [ ] No [X] Categoría de discapacidad:	Si [ ] No [X]
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	CUNDINAMARCA	D.C	Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]	3002972392	
B2	CUNDINAMARCA	D.C	Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]	3002972392	
B3	CUNDINAMARCA	D.C	Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]	3002972392	
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			

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		
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)
JUAN CARLOS VILLALBA CARDENAS	CC	91.519.705	

59. Ubicación

Dirección: CRA87A# 8A-72T1APTO103 | Teléfono fijo o Celular:

Correo Electrónico: JVILLALBACA@UOC.EDU | Departamento: CUNDINAMARCA | Municipio / Distrito: 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
- [X] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 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
	D D M M A A A A	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [X] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [X] 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.
- [X] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [X] 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
JUAN CARLOS VILLALBA CARDENAS	

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**

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
			D D M M A A A A	D D M M A A A A

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

Thursday 08/01/2026

Menú

EPS Sanitas

Oficina **Virtual**

(/usuarios/group/oficina-virtual-eps)

Conoce los pasos para radicar las novedades a tu afiliación

1

Diligencia los **campos** que encuentras a **continuación.**

2

Selecciona el tipo de novedad y consulta los **documentos requeridos** para la radicación.

3

Si la solicitud requiere **formulario de novedades**, imprímelo, diligéncialo, fírmalo, nómbralo con tu **número de documento**, adjunta la imagen y envíalo en esta sección.

Menú

4

Verifica el **número de radicado** y espera respuesta en tu correo electrónico en 3 días hábiles, **sin necesidad de acercarte a nuestros puntos de atención.**

Por favor seleccione la opción que se ajuste a su necesidad: *

Radicación de novedades a la afiliación | Consulta de novedades a la afiliación

- Tenga en cuenta que sólo podrá consultar las novedades de afiliación de los últimos 3 meses
- El tiempo de respuesta para las novedades de afiliación es de 3 días

Novedad de afiliación: *

Afiliación como independiente o pensionado

Periodo inicio: * (Requerido)

08/01/2026

Periodo fin: * (Requerido)

08/01/2026

Consultar

Estado de Gestión

(•) Abierto ( ) Cerrado

Menú

Fecha de Radicación	Tipo de Novedad	Estado de G
2026-01-08	Afiliación como independiente o pensionado	Escalado

Showing 1 to 1 of 1 entries

Preguntas Frecuentes (/usuarios/group/oficina-virtual-eps/preguntas-frecuentes)

Contáctanos (/usuarios/group/oficina-virtual-eps/contactanos)

Línea de atención:
WhatsApp Ana Maria 3202550525 (https://wa.me/573202550525)
Bogotá 6013759000
Barranquilla 6053226888
Bucaramanga 6076852985
Cali 6023989340
Cartagena 6056545754
Medellín 6045908383
Villavicencio 6086611838
Línea nacional de información general 018000919100 (tel. fijo)
Línea nacional de citas 018000940304 (tel. fijo)
Marcación desde celular #936 (Tigo, Claro, Movistar)

MINSALUD

(https://www.minsalud.gov.co/) (https://www.supersalud.gov.co/es-co)

@ Copyright 2025 ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS - Derechos reservados.