



189521847

(Lea las instrucciones que se encuentran al respecto 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 B. Cotizante o Cabeza de Familia C. Beneficiario o Afiliado adicional	3. Régimen A. Contributivo B. Subsidado	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 de registro 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: RODRIGUEZ Segundo Apellido: ACUNA Primer Nombre: LUIS Segundo Nombre: EVITH	9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 152241313	11. Sexo biológico Femenino Masculino X	12. Sexo identificación F M T NB Otro	13. Nacionalidad Colombiana
14. Lugar de nacimiento País: Colombia Departamento: Cundinamarca Municipio: Boyaca	15. Fecha de nacimiento 28/01/1974				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad Si No Categoría de discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN Si No	20. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones 101 pensión	24. Ingreso base de cotización - IBC 1423500	25. Tarifa Contribución Solidaria	
26. Residencia Dirección: C/ LOSUR # 22-B 05 INT 1 APT 102 7658770					
27. Teléfono Celular: 3304132521		28. Correo Electrónico: LUXMXXO1621@gmail.com			
29. Departamento: Cundinamarca		30. Municipio / Distrito: Boyaca		31. Localidad / Comuna: 19	
32. Zona: Cabecera Municipal		33. Rural Disperso: Centro Poblado Rector 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	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento País: Departamento: Municipio:	34. Fecha de nacimiento 01/01/1974				

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

35. Apellidos y nombres	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
Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:							
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. Discapacidad permanente
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Teléfono fijo y celular	52. Valor de la UPC del Afiliado adicional (verificar en el sitio web de la EPS)
B1		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Rector Rural		
B2		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Rector Rural		
B3		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Rector Rural		
B4		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Rector Rural		
B5		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Rector Rural		
B1	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico	
B2				
B3				
B4				
B5				

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (se registra 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 aporte o pagador de Funciones (se registra 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 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
			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	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	14/12/2015	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES			
☐ 69. Declaración 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 información 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 lo 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 1077 de 2012. ☐ 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 Sisben 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		Tipo de 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
<i>José Rodríguez</i>	

X. ANEXOS	
☐ 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexas: CN HC TI CC CE PA CD SD 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 autorizada 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 180 de 2018. ☐ 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 O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL		
82. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento
83. Nombre de la Institución		

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL			
84. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	85. Firma del funcionario	86. Fecha de radicación	87. Fecha de validación
			<i>[Firma]</i>		

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. Dics. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial <i>[Firma]</i>	

No EPS Sanitas
 OFICINA EJECUTIVA
 RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN Y REGISTRO
 18 DIC 2015
 RECIBIDO POR: *[Firma]*
 Sección procesamiento

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