

(Lee 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 ☒ B. Colectiva ☒ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐	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 (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: Ibaquén Segundo Apellido: Rivas Primer Nombre: Yovelly Segundo Nombre:	
9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad: 1026282731
11. Sexo biológico Femenino ☒ Masculino ☐	12. Sexo identificación F M T NB Otro
13. Nacionalidad Col	14. Lugar de nacimiento Páiz: Col Departamento: Chocó Municipio: Bajo Baudó
15. Fecha de nacimiento: 06/01/1993	

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 Negro / Afrocolombiano
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Colmena		23. Administradora de Pensiones Pavemiv		24. Ingreso base de cotización - IBC 10.000.000		25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia Dirección: Cr 81A # 80-31				Teléfono Fijo:		
Teléfono Celular: 314 488 3552		Correo Electrónico: yovellybaquen.01@gmail.com				
Departamento: Bogotá		Municipio / Distrito: Bogotá		Localidad / Comuna: Kennedy		Zona: Cabecera Municipal ☒ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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. Fecha de nacimiento		
34. Lugar de nacimiento Páiz: Departamento: Municipio:	35. Fecha de nacimiento		

V. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES

36. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:	
37. Tipo de documento de identidad	38. Número del documento de identidad
39. Nacionalidad	40. Sexo biológico Femenino Masculino
41. Sexo identificación F M T NB Otro	42. Fecha de nacimiento
43. Lugar de nacimiento Páiz: Departamento: Municipio:	44. Fecha de nacimiento

45. Tipo de documento de identidad	46. Número del documento de identidad	47. Nacionalidad	48. Sexo biológico Femenino Masculino	49. Sexo identificación F M T NB Otro	50. Fecha de nacimiento	51. Lugar de nacimiento Páiz: Departamento: Municipio:	52. Fecha de nacimiento
B1	Cedula	4.823.264	Colombiano	Femenino	19/07/1958	Id	Chocó
B2							
B3							
B4							
B5							

53. Datos complementarios del beneficiario		54. Etnia	55. Comunidad	56. Grupo de población especial	57. Tiene encuesta SISBÉN	58. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	59. Discapacidad SI No ☒ Categoría de discapacidad	60. Incapacidad permanente SI No ☒
B1	Papa	Negro	Afrocolombiano	Afrocolombiano	SI	Nivel	Grupo	SI
B2					SI	Nivel	Grupo	SI
B3					SI	Nivel	Grupo	SI
B4					SI	Nivel	Grupo	SI
B5					SI	Nivel	Grupo	SI

61. Datos de residencia		62. Valor de la UVC del afiliado solidario, según la ley			
Departamento	Municipio / Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural
B1	Chocó	Bajo Baudó			
B2					
B3					
B4					
B5					

63. Dirección		64. Localidad / Comuna		65. Correo Electrónico	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

c Centro Médico Plaza Central
B1 Clínica Colombia
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 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

64. Fecha de nacimiento

Quil

65. EPS anterior

66. Fecha de novedad

2 1 0 1 2 0 2 6

67. Motivo de traslado

Código

68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

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 impliquen 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 vigente 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

Tipo de documento de identidad

No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

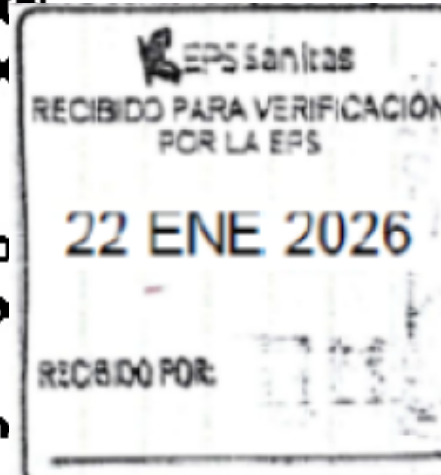
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

x Lorely (Borquen) Rivera

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia de 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 co
☐ 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 po
☐ 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 De
☐ 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 orden



al que declare la terminación de la unión marital.

ausencia de los dos padres.

Total Anexos

IX. 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

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

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

Yo Yarely Ibarguen Rivas, 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 inequívoca 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 estado 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.

Firma: Yarely Ibarguen Rivas

Nombre: Yarely Ibarguen Rivas

Identificación: 1026282731

Fecha: 21 de mayo de 2026



Nuestro compromiso es contigo

MTT. 888.251.444-8

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

Nombre del Afiliado

Yovely Ibarquén Rivas

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

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?

¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?

¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?

Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS?

¿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?

☒	NO
☒	NO
☒	NO
☒	NO
☒	NO
☒	NO

Yovely Ibarquén Rivas

Firma del Afiliado

Documento de Identidad

1026 282 731

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

ORDINALES O CODIGOS DE LOS MESES	ENERO 01	FEBRERO 02	MARZO 03	ABRIL 04
	MAYO 05	JUNIO 06	JULIO 07	AGOSTO 08
	SEPT. 09	OCTUBRE 10	NOV. 11	DIC. 12



REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL
REGISTRADURIA NACIONAL
DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No.

93

2 0578235

1 Parte básica	2 Parte compl.
9 3 0 1 0 6	

OFICINA REGISTRO CIVIL	3 Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.) REGISTRADURIA MUPAL. DEL ESTADO CIVIL	4 Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría BAJO BAUDO - CHOCO	5 Código 3340
------------------------------	---	--	-------------------------

SECCION GENERICA

6 Primer apellido IBARGUEN	7 Segundo apellido RIVAS	8 Nombres YORELY
9 Masculino o Femenino FEMENINO	10 ☐ Masculino ☒ Femenino	FECHA DE NACIMIENTO
11 Día 06	12 Mes ENERO	13 Año 1993
14 País COLOMBIA	15 Departamento, Int., o Com. CHOCO	16 Municipio BAJO BAUDO

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACI- MIENTO	17 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento CASA HABITACION - TERRON - BAJO BAUDO	18 Hora 5 P.M.
	19 Documento presentado - Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.) CERT. BAUTISMO. LIB-1. FOL-487. No. 10256	20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento PEDRO PABLO GONZALEZ LONDOÑO
MADRE	22 Apellidos (de soltera) RIVAS LOPEZ	23 Nombres ILDA FLORENTINA
	24 Identificación (clase y número) NO PRESENTO	25 Nacionalidad COLOMBIANA
PADRE	26 Apellidos IBARGUEN MURILLO	27 Profesión u oficio DOMESTICOS
	28 Identificación (clase y número) C.C.No. 4.823.264 - PURRICA - BAJO BAUDO	29 Nacionalidad COLOMBIANO
	30 Edad actual 29 AÑOS	31 Edad actual 24 AÑOS
	32 Profesión u oficio AGRICULTOR	

TESTIGO	33 Identificación (clase y número) C.C.No. 4.823.264 - PURRICA - BAJO BAUDO	35 Firma (autógrafa)
	34 Dirección postal y municipio TERRON - BAJO BAUDO	37 Nombre ESAU IBARGUEN MURILLO
TESTIGO	38 Identificación (clase y número) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	39 Firma (autógrafa) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	40 Domicilio (Municipio) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	41 Nombre XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
TESTIGO	42 Identificación (clase y número) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	43 Firma (autógrafa) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	44 Domicilio (Municipio) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	45 Nombre XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
FECHA DE NASCIP- CION	(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)	46 Día 07
		47 Mes MAYO
		48 Año 1995

GUIDOBALDO LONDOÑO MURILLO

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

49 Firma (autógrafa) y sello del funcionario autorizado para hacer el registro
Forma DANE IP10 - B VU 27

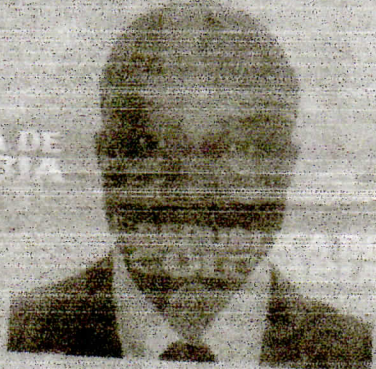
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.823.264
IBARGUEN MURILLO

APELLIDOS
ESAUD

NOMBRES
ESAUD IBARGUEN

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-ABR-1958
BAJO BAUDO (PIZARRO)
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

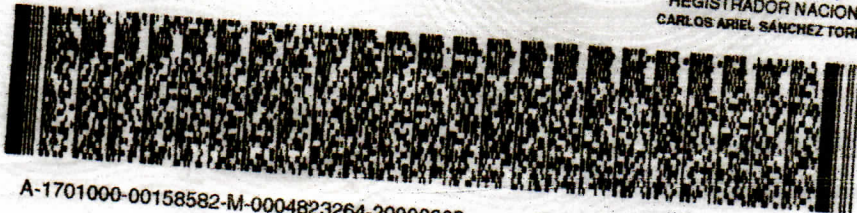
A+
G.S. RH

M
SEXO

23-NOV-1977 BAJO BAUDO (PIZARRO)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1701000-00158582-M-0004823264-20090605 0012170159A 1 24732925

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.026.282.731**

IBARGUEN RIVAS

APELLIDOS

YORELY

NOMBRES

Yorely Ibarquien Rivas
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-ENE-1993**
BAJO BAUDO (PIZARRO)
(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

A-

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

03-FEB-2011 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

