



189974988

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

DATOS DEL TRÁMITE

Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación			3. Régimen		4. Contribución solidaria	
A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades		A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ Beneficiario o Afiliado adicional			B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐		A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
Tipo de Afiliado		6. Tipo de Cotizante		7. Código				
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia		C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐		A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		(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		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido							
Gaitan		Deaza		Yair		Islerariq	
9. Tipo de documento de identidad		10. Número del documento de identidad		11. Sexo biológico		12. Sexo identificación	
				Femenino ☒ Masculino		FX M T NB Otro	
cedula de ciudadanía		1000694963		Departamento		Municipio	
14. Lugar de nacimiento		País		bogotá		Cundinamarca	
la		colombia				15. Fecha de nacimiento	
						24/04/2003	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad		19. Nivel		20. Grupo		21. Tarifa Contribución Solidaria	
				Si No		Si No					
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL				23. Administradora de Pensiones				24. Ingreso base de cotización - IBC			
				Colpensiones				\$1.423.500			
25. Residencia		Dirección		Teléfono Celular		Correo Electrónico		Zona		Cabeza Municipal ☒ Rural Disperso ☐	
				32248414 +6		4erligaita357@gmail.com		Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐			
Departamento		Municipio / Distrito		Localidad / Comuna							
Bogotá		Bogotá		Usme							

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

[illegible]

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios		Segundo Apellido
35. Apellidos y nombres	Primer Apellido	

[illegible]

Datos complementarios		43. Parentesco	44. Etnia	45. Comorbilidad	Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoría de discapacidad	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		Zona				
Departamento		Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural
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			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

B2
B3
B4
B5

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

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 retornó 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 Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre
11/12/2025
Tipo de documento de identidad Número del documento de identidad 62. Sexo biológico 63. Sexo identificación CuM 64. Fecha de nacimiento
Femenino Masculino F M T NB Otro
65. EPS anterior 66. Fecha de novedad 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 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 o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
☐ 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 envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
☐ 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 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. 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 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

95. Firma del funcionario 96. fecha de radicación 97. Fecha de validación
D D M M A A A A A A D D M M A A A A A A

OBSERVACIONES

EPS Sanitas
OFICINA ZONA IN

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
Disc. identificación nombre del Ejecutivo Comercial Sello de Radicación 11 DIC 2025 Sticker procesamiento

RECIBIDO POR:

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