



Oficina Virtual

Línea Bogotá (601) 375 90 00 Nacional 018000 919100

- Inicio
- Actualización de Datos
- Consultas y Solicitudes
- Servicios Atención en Salud
- Certificados

Inicio (<https://www.epssanitas.com/usuarios/group/oficina-virtual-eps/inicio>)

La radicación no. 0014167446 ha sido registrada exitosamente. La respuesta será enviada a: alperdomo1@gmail.com en los próximos tres días hábiles, puede llegar a tu bandeja de entrada u otras carpetas.

Si no obtienes respuesta puedes comunicarte en Bogotá al 3759000 y al 018000919100 en el resto del país.

## Conoce los pasos para radicar la novedad a la afiliación

1

Diligencia los campos que encuentras a continuación.

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

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

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.

Aceptar

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

Radicación de novedades a la afiliación

Consulta de novedades a la afiliación

Los campo marcados con (\*) son obligatorios

Tipo de documento: \*

Selecciona

Número de documento: \*

Departamento:

Selecciona

Municipio:

Selecciona

Teléfono fijo: \*

Teléfono celular: \*

Correo electrónico: \*

Tipo de novedad: \*

Selecciona

Adjunta documentos soporte: (jpeg, jpg,gif, tif, png, bmp, pdf, excel, txt), que no superen 3 MB: \*

Arrastra los archivos aquí

o

Seleccionar archivos

Observaciones:

Cancelar

Enviar

La radicación no. 0014167446 ha sido registrada exitosamente. La respuesta será enviada a: alperdomo1@gmail.com en los próximos tres días hábiles, puede llegar a tu bandeja de entrada u otras carpetas.

Si no obtienes respuesta puedes comunicarte en Bogotá al 3759000 y al 01 8000919100 en el resto del país.

(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)  
Marcación desde celular  
#936 (Tigo, Claro, Movistar)



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

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

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

<b>I. DATOS DEL TRÁMITE</b>		<b>2. Tipo de Afiliación</b>		<b>3. Régimen</b>		<b>4. Contribución solidaria</b>	
1. Tipo de Trámite		- Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> D. De Oficio <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		A. Individual: - Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/>					
5. Tipo de Afiliado		6. Tipo de Cotizante		7. Código		(a registrar por la EPS)	
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>		A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>					

<b>II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)</b>							
8. Apellidos y nombres		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
PERDOMO		LARA		LUIS		ALBERTO	
9. Tipo de documento de identidad		10. Número del documento de identidad		11. Sexo biológico		12. Sexo identificación	
CC		80.181.470		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
14. Lugar de nacimiento		País		Departamento		Municipio	
COLOMBIA		COLOMBIA		CAQUETÁ		FLORENCIA	
15. Fecha de nacimiento		17. 01		18. 19		19. 81	

<b>III. DATOS COMPLEMENTARIOS</b>							
Datos Personales							
16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad		19. Tiene encuesta SISBÉN	
				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria	
POSITIVA		PORVENIR		\$2.400.000			
26. Residencia		Dirección		Teléfono Fijo			
CALLE 152 B # 56 - 62 T3 APTO 403 CONJUNTO KLIMT				3212067715			
Teléfono Celular		Correo Electrónico					
3212067715		alperdomo1@gmail.com					
Departamento		Municipio / Distrito		Localidad / Comuna		Zona	
BOGOTÁ D.C.		BOGOTÁ D.C.		SUBA		Cabecera Municipal <input checked="" type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>	

<b>IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR</b>							
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante							
27. Apellidos y nombres		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
28. Tipo de documento de identidad		29. Número del documento de identidad		30. Sexo biológico		31. Sexo identificación	
				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
33. Lugar de nacimiento		País		Departamento		Municipio	
34. Fecha de nacimiento		DD		MM		AA	

<b>Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales</b>							
35. Apellidos y nombres		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		40. Sexo identificación		41. Lugar de nacimiento		42. Fecha de nacimiento	
B1						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		País		DD MM AA	
B2						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		País		DD MM AA	
B3						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		País		DD MM AA	
B4						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		País		DD MM AA	
B5						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		País		DD MM AA	

<b>Datos complementarios del Beneficiario</b>															
43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial		47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad		50. Incapacidad permanente	
B1								Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nivel Grupo		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
B2								Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nivel Grupo		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
B3								Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nivel Grupo		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
B4								Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nivel Grupo		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
B5								Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nivel Grupo		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

<b>51. Datos de residencia</b>									
Departamento		Municipio/ Distrito		Zona		Teléfono fijo y/o celular		52. Valor de la UPC del afiliado adicional al momento de registrar 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					

<b>Dirección</b>							
B1				Localidad/Comuna		Correo Electrónico	
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		
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)
PERDOMO LARA LUIS ALBERTO	CC	80.181.470	INDEPENDIENTE
59. Ubicación Dirección			Teléfono fijo o Celular
CALLE 152 B # 56 - 62 T3 APTO 403 CONJUNTO KLIMT			3212067715
Correo Electrónico		Departamento	Municipio / Distrito
alperdomo1@gmail.com		BOGOTA D.C.	BOGOTÁ D.C.

60. Tipo de Novedad	
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.	<input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código	<input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
<input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código	<input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
<input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	<input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	<input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.
<input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.	

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido			
PERDOMO		LARA		LUIS ALBERTO	
62. Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	63. Sexo biológico	64. Sexo identificación	65. Fecha de nacimiento	
CC	80.181.470	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro	17011981	
66. EPS anterior	67. Fecha de novedad	68. Motivo de traslado		69. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	
	25052026	Código			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
<input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
<input type="checkbox"/> 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.
<input checked="" type="checkbox"/> 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.
<input checked="" type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
<input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
<input type="checkbox"/> 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

X. ANEXOS

<input checked="" type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad	Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC 1 CE PA CD SC PT
<input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	
<input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	
<input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 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 760 de 2016.	
<input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
<input type="checkbox"/> 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 Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido			
95. Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	96. Firma del funcionario	97. Fecha de radicación	98. Fecha de validación	
			DD MM AAAA	DD MM AAAA	

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