FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005 República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación X; B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual (Cotizante o Cabeza de Familia / Beneficiario o Afiliado adicional); B. Colectiva; C. Institucional; D. De Oficio
3. Régimen: A. Contributivo K; B. Subsidiado
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante X; B. Cabeza de Familia; C. Beneficiario
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente X; B. Independiente; C. Pensionado
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II - DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres				7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre				
Delgado	Carlozama.	Carlos	Arturo	C.C.	1.87492 046	Femenino / Masculino X	01 09 1983

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo / Condición)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
Axa Colpatria	porvenir	1300.000

18. Residencia: Dirección: Bombona Alto; Teléfono Fijo; Teléfono Celular: 3213420565; Correo Electrónico

Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Localidad / Comuna	Departamento
Bombona	X		Bombona	Nariño

IV - DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres				20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre			Femenino / Masculino	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo: Femenino	27. Sexo: Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo: F	Tipo: N	Tipo: M	Condición: T	Condición: P
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

32. Datos de residencia	Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

1. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C	

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
Oficio Obra.	NIT	901 796 231	

Scanned with CamScanner