EPS Sanitas

REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

201174898

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

DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación — B. Reporte de Novedades: X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual — B. Cotizante o Cabeza de Familia — C. Beneficiario o Afiliado adicional — D. Pensionado — E. Cotizante Dependiente — F. Independiente: X — G. Estudiante — H. Cotizante Voluntario
3. Régimen: A. Contributivo — B. Subsidiado
4. Contribución solidaria: SI — NO
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante: X — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario — D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante
7. Código (Lo asigna la EPS)

DATOS DEL AFILIADO

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Martinez	Cuella	Jorge	Ivan

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
C.C	1192769621	F: — M: X — NB: — Otro:	F: — M: X — NB: — Otro:	Colombian

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Valledupar	Colombia	Cesar	Valledupar	14 08 2000

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
		SI: — NO: — Categoría de discapacidad:	SI: — NO: —	Nivel: — Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
	Protección	$1.750.905	

26. Residencia Dirección	Localidad Bogotá
Diagonal 5 # 13-136 Ed PIMAR 301	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3152515729	Jorgemartbusiness@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Localidad	Zona: Urbana: X — Rural:
Cesar	Valledupar		

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	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		F: — M: — NB: — Otro:	F: — M: — NB: — Otro:	

33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio	

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

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	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							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Nivel encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio Distrito	Zona	Teléfono fijo y celular	52. Vigencia del cupo del afiliado adicional
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

	Dirección	Localidad Bogotá
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

Scanned with CamScanner

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

C
B1 Centro Medico los Flores Ipsmedent
B2
B3
B4
B5

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

2136091142354

B. INFORMACIÓN DEL APORTANTE (Solo para Afiliación Colectiva o Responsable 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

C. DATOS DEL COTIZANTE O BENEFICIARIO

60. Tipo de Novedad

1 11. Modificación de datos básicos de identificación.
2 12. Corrección de datos básicos de identificación
3 13. Actualización del documento de identificación.
4 14. Actualización y corrección de datos complementarios
5 15. Terminación de la suspensión en la EPS Código
6 16. Reporte de pago a través de un tercero Código
7 17. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8 18. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
X 19. Inicio por relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10 20. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para ser cotizante
11 21. Reingreso 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

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: Sanitas | 66. Fecha de novedad: 21/01/2026 | 67. Motivo de traslado: Código | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

D. 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 afiliación 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.

E. DATOS DEL CABEZA DE FAMILIA

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. de documento de identidad

F. DATOS DEL APORTANTE

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

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

G. 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, 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 donde conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.
Total Anexos

H. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento | 93. Nombre de la Institución

I. DILIGENCIAMIENTO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD RECEPTORA DE LA POSTULACIÓN (EPS)

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: Independiente

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

Documento de identificación y nombre del Ejecutivo Comercial: 1077476192 Anuar Lopez Cuy

Sello de Radicación: EPS Sanitas Organización Sanitas Internacional SERVICIO 21/01/2026

Sticker procesamiento

Scanned with CamScanner