SANITAS EPS
AFILIACIONES
690153490

EPS Sanitas

FORM... REGI... ...Y ...SS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

(Lea las instrucciones que se encuentran al resp...

## I. DATOS DEL TRÁMITE

| 1. 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 | Si No |

| 5. Tipo de Afiliado | 6. Tipo de Cotizante | 7. Código |
|---|---|---|
| A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional | A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado | (a registrar por la EPS) |

## II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique a afiliado adicional)

| 8. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| MORENO | ENCISO | LUISA | FERNANDA |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| C.C | 1015406164 | Femenino X Masculino | F X M T NB Otro Cuál | Colombiana |

| 14. Lugar de nacimiento | | | | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| País | Departamento | Municipio | | |
| Bogota | Colombia | Cundinamarca | | 11 07 1988 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBÉN | 20. Clasificación SISBÉN | 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 26. Residencia Dirección | | Teléfono Fijo |
|---|---|---|
| CRR 86 # 71 A 54 | | |

| Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|
| 3506453322 | Vamrock.07@Gmail.com |

| Departamento | Municipio / Distrito | Localidad / Comuna | Zona |
|---|---|---|---|
| CUNDINAMARCA | BOGOTA | ENGATIVA | Cabecera Municipal X Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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 |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | |

| 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 (País / Departamento / Municipio) | 42. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cual | | |
| B2 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cual | | |
| B3 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cual | | |
| B4 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cual | | |
| B5 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cual | | |

Datos complementarios del Beneficiario

| | 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 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

| | Departamento | Municipio/ Distrito | Zona | Teléfono fijo y/o celular | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a reportar por 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 | | |

| | Dirección | Localidad/Comuna | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

A. AFILIACIÓN

Powered by CamScanner

| | 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) |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 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 Cual | 64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad D D M M A A A A | 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 información 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 |
|---|---|
| Luisa Fernanda Moreno E. | |

## 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 ausorita 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario | 96. Fecha de radicación D D M M A A A A | 97. Fecha de validación D D M M A A A A |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Sanitas EPS
OFICINA ZONA IN
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
10 JUL 2026
RECIBIDO POR:

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 |
|---|---|---|
| | | |

Powered by CamScanner