SANITAS EPS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 830.251.448-6

FO AFILIACIONES
RE

690171104

IÓN Y
GSSS

Fecha de Radicado
D D M M A A A A

(Lea las instrucciones que se encuentran al

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X, - Beneficiario o Afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. De Oficio

3. Régimen: A. Contributivo X; B. Subsidiado

4. Contribución solidaria: Si X No

5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X; B. Cabeza de Familia; C. Beneficiario; D. Afiliado adicional

6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente; B. Independiente X; C. Pensionado

7. Código (a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Acosta	Blanco	Maria	Camila

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
cc	1024.525.525	Femenino X Masculino	F X M T NB Otro		Colombiana

14. Lugar de nacimiento País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Bogota Colombia	Cundinamarca.	Bogotha.	08 01 1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad (Si / No / Categoría de discapacidad)	19. Tiene encuesta SISBÉN (Si / No)	20. Clasificación SISBÉN (Nivel / Grupo)	21. Grupo de población especial

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

26. Residencia Dirección: Carrera 3ra # 47 - 78

Teléfono Celular	Correo Electrónico	Teléfono Fijo
3118032889.	Kamilaacosta244@gmail.com.	

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona (Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural)
Cundinamarca	Soacha	Soacha.	

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 (Femenino / Masculino)	31. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cual)	32. Nacionalidad

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

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 (Femenino / Masculino)	40. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cual)	41. Lugar de nacimiento (País / Departamento / Municipio)	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. Tiene encuesta SISBEN (Si / No)	48. Clasificación SISBEN (Nivel / Grupo)	49. Discapacidad (Si / No / Categoría de discapacidad)	50. Incapacidad permanente (Si / No)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	zona (Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural)	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN