EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

SANITAS EPS
AFILIACIONES
690157056

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de dil

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de [illegible]: A. Afiliación, B. Reporte de Novedades (X)
2. Tipo d: A. Individ
[illegible]ctiva, D. De Oficio, [illegible]tucional
3. Régimen: A. Contributivo, B. Subsidiado (X)
4. Contribución solidaria: Si, No
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante, B. Cabeza de Familia (X), C. Beneficia, D. Afiliado adicional
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
Obando	Escobar	Luis	Carlos

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
C.C	1077849712	Femenino / Masculino X	F / M X / T / NB / Otro / Cuál	Colombiano

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Garzon Huila	Colombia	Huila	Garzón	13 01 1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población espe
		Si / No X / 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
Positiva	Porvenir	$1.4.500.000	

26. Residencia Dirección: Calle 57 # 4a -23 — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular	Correo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
3212077793	luisobando.ing@gmail.com	Tolima	Ibague	Comuna 4	Cabecera Municipal X / Centro Poblado / Rural Disperso / 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 / Cual	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

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

	35. Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1	Obando	Gomez	Jeronimo	
B2	Gomez	Polo	Viviana	Piedad
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 nacimi
B1	T I	1076918678	Colombiano	Femenino / Masculino X	F / M X / T / NB / Otro / Cual	País Colombia Departamento Huila Municipio Neiva	2 15 02 2016
B2	C.C	1077848318	Colombiana	Femenino X / Masculino	F X / M / T / NB / Otro / Cual	País Colombia Departamento Huila Municipio Garzon	05 02 1988
B3				Femenino / Masculino	F / M / T / NB / Otro / Cual	País / Departamento / Municipio	
B4				Femenino / Masculino	F / M / T / NB / Otro / Cual	País / Departamento / Municipio	
B5				Femenino / Masculino	F / M / T / NB / Otro / Cual	País / Departamento / Municipio	

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 permar
B1	Hijo				Si / No	Nivel / Grupo	Si / No X / Categoría de discapacidad	Si / No X
B2	Conyuge				Si / No	Nivel / Grupo	Si / No X / Categoría de discapacidad	Si / No X
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
B1	Tolima	Ibague	Cabecera Municipal X / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural	3212077793	
B2	Tolima	Ibague	Cabecera Municipal X / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural	3212077793	
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	Calle 57 # 4a -23	Comuna 4	
B2	Calle 57 # 4a - 23	Comuna 4	
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

Prestadora de Servicios de Salud - IPS

54. Código de la EPS (a registrar por la EPS)

85

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)
Consorcio Sandud 2026	NIT	902.080.868-1	

59. Ubicación
Dirección: Carrera 96 a # 130b - 11
Teléfono fijo o Celular: 601 5743970
Correo Electrónico: anza.cic@gmail.com
Departamento: Bogotá
Municipio / Distrito: Bogotá

VI. DATOS ACTUALIZADOS (SI REQUIERE DE LA NOVEDAD)

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.

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 / Cuál)	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	03 08 2026		

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
Luis Carlos Obando	

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 ausente 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 O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE AFILIACIÓN 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 AFILIACIÓN 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	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES

Recuerde que con la firma del formulario usted 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

EPS Sanitas
OFICINA ZONA IN
RECIBIDO PARA AUTENTICACIÓN POR LA EPS
03 AGO 2026
RECIBIDO POR:

Sello de Radicación

Sticker procesamiento

Dx empresa Sal # 901583233