

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**  
**E.P.S.Sanitas**



Organización Sanitaria Internacional

NIT. 800.251.440-6

CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURO SOCIAL EN SALUD  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Página 1 de 2

Fecha de Radicación  
**08/09/2022**

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

1. Tipo de trámite	A. Afiliación <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación	A. Individual <input type="checkbox"/> Colizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/>	D. De Oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	B. Beneficiario o Afiliado adicional			C. Institucional <input type="checkbox"/>		
4. Tipo de afiliado	A. Colizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante	A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS)		

**A. AFILIACIÓN**

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

6. Apellidos y nombres	Rivera	Primer apellido	Roa	Segundo apellido	Jairo	Primer nombre		Segundo nombre	
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento						
Cédula De Ciudadanía	79393862	Femenino	Masculino <input checked="" type="checkbox"/>						24/09/1966

**III - DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

11. Etnia	<input type="checkbox"/>	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
		Tipo <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
		\$1.000.000

18. Residencia	Dirección	3114517644	3114517644	Correo Electrónico
CII 79 B 69 T 82		Teléfono Fijo	Teléfono Celular	jairopatrica14@gmail.com
Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento	Bogotá D.C.
Bogotá	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Norte		

**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	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

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

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

25. Tipo de documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	
B1		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B2		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B3		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B4		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B5		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo	Condición
B1			<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> N
B2			<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> T
B3			<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>
B4				
B5				

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

Selección de la I.P.S. Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
c EPS Sanitas centro médico calle 80	

B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

**V. 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.)
Enlace Mb Sas	Nit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	901513191	

39. Ubicación	Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CII 192 11A 51	3125387243			Bogotá	Bogotá D.C.

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

Página 2 de 2

## 40. Tipo de Novedad

- 1. Modificación datos básicos de identificación
- 2. Corrección de datos básicos de identificación
- 3. Actualización del documento de identidad
- 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- 5. Terminación de la inscripción en la EPS
- Código
- 6. Reinscripción en la EPS
- 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. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- 13. Movilidad  A. Régimen Contributivo
- 14. Traslado  B. Régimen Subsidiado
- 15. Reporte de fallecimiento  C. Mismo Régimen
- 16. Reporte del trámite de protección al cesante  D. Diferente Régimen
- 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- 18. Reporte de la calidad de Pensionado

**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

## 41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Número del documento de identidad		Sexo	Fecha de Radicación
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	42. Fecha <b>01/09/2022</b>
43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	
		Código <input type="text"/>	

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

- 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- 47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- 49. Declaración de NO intención del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- 50. Autorización para que la E.P.S. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- 51. Autorización para que la E.P.S. 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 regularan
- 52. Autorización para que la E.P.S. 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.
- 53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

**VIII. FIRMAS**

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
--	---

**IX. ANEXOS**

- |   |          |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                            |
|---|----------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad | Cantidad | CN <input type="checkbox"/> | RC <input type="checkbox"/> | TI <input type="checkbox"/> | CC <input type="checkbox"/> | CE <input type="checkbox"/> | PA <input type="checkbox"/> | CD <input type="checkbox"/> | SC <input type="checkbox"/> | Total <input type="text"/> |
|---|----------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
- 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
  - 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
  - 59. 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 unión marital
  - 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
  - 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
  - 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
  - 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
  - 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
  - 65. 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

**X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio <b>001</b>	67. Datos del SISDÉN Número de Ficha <b>11</b>	Puntaje <input type="text"/>	Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de Radicación <b>08/09/2022</b>	69. Fecha de Validación <b>08/09/2022</b>
--	--	------------------------------	----------------------------	--	--

## 70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		71. Firma del funcionario	

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial

Sello de radicación

Asesores Comerciales Integrales Ltda.

C.C. N. **900.282.038**

Sticker procesamiento

Recuerde que con la firma, man  
y de las declaraciones co

registrada