



CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Organización Sanitas Internacional  
 NIT. 800 251 440-8

FUA Digital No. 750311301

Proceso Formulario con Firmas

Página 1 de 2

--	--	--	--	--

<b>I - DATOS DEL TRÁMITE</b> (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		3. Régimen	
				- Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>		B. Colectiva <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>	
		B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		- Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/>		C. Institucional <input type="checkbox"/>		B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado		A. Cotizante <input type="checkbox"/>		B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>		C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de cotizante	
				A. Dependiente <input type="checkbox"/>		B. Independiente <input type="checkbox"/>		C. Pensionado <input type="checkbox"/>	
Código (a registrar por la EPS) <input type="text"/> <input type="text"/>									

**A. AFILIACIÓN**

<b>II - DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN</b> (del cotizante o cabeza de familia)									
6. Apellidos y nombres		SALAMANCA		BUITRAGO		JAIME		ARNULFO	
Primer apellido				Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
7. Tipo de documento de identidad		CC		8. Número del documento de identidad		79326539		9. Sexo	
								Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
10. Fecha de nacimiento									

<b>III - DATOS COMPLEMENTARIOS</b>									
Datos personales									
11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial			
		Tipo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Condición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso Base de Cotización - IBC		1,160,000			
18. Residencia Dirección		CARRERA 57 A 12 56		Teléfono Fijo		(311) 597-7370		Correo Electrónico	
								luztelita104@gmail.com	
Municipio / Distrito		Zona		Localidad / Comuna		Departamento			
BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL		Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>							

<b>IV - DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR</b> (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			
				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <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			
B1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>					
B2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
B3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
B4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
B5	<input type="checkbox"/> <input 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						F	N	M	T
B2									
B3									
B4									
B5									

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

Selección de la IPS. Primaria									
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS									
C									
B									
B									
B									

<b>V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO</b>									
35. Nombre o razón social		JOSE JOAQUIN TORRES RODRIGUEZ		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.)	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		NI-74374389			
39. Ubicación Dirección		Teléfono Fijo		Correo Electrónico		Municipio / Distrito		Departamento	

**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
  - B. Régimen Subsidiado
- 14. Traslado
  - A. Misma Régimen
  - B. Diferente Régimen
- 15. Reporte de fallecimiento
- 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- 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
Tipo de documento de Identidad		Número del documento de identidad	Sexo
<input type="checkbox"/>			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
42. Fecha	30/06/2023		

**43. EPS Anterior****44. Motivo de Traslado****45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones**Código **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 internación 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 lo requieran
- 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**

*Jáime Salamanca*  
CC-79326539-SALAMANCA JAIME

**55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio**  
*Jose Joaquin Torres Rodriguez*  
NI-74374389-JOSE JOAQUIN TORRES RODRIGUEZ

**IX. ANEXOS**

- 56. Anexo copia del documento de identidad  
Cantidad  CN  RC  TI  CC  CE  PA  CD  SC Total
- 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 <input type="text"/> Código del Departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de Ficha <input type="text"/>	Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de Radicación <input type="text"/>	69. Fecha de Validación <input type="text"/>
--	--	---	--	--

**70. Datos funcionario que realiza la validación**

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

**Observaciones:****APLICAR FECHA DE RETIRO A:**Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial  
**Estrategia Empresarial AS Ltda**  
C.C. No. 

Sello de radicación

Sticker procesamiento



Recuerde que con la firma, manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Junio 30, 2023 13:48