

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres		7. Tipo de documento de identidad		8. Número del documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
DIAZ		CEDULA DE CIUDADANIA		1080291277		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		3 1 0 7 1 9 8 7	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
BAICUE		DUVER		FERNANDO					

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
<input type="text"/>		Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso Base de Cotización - IBC			
ARL LA EQUIDAD		COLFONDOS		\$ 1.300.000			
18. Residencia		Dirección		Teléfono Fijo		Teléfono Celular	
CRA 20 # 23-57				3228963731		Correo Electrónico	
Municipio / Distrito		Zona		Localidad / Comuna		Departamento	
PALERMO		Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		VILLA MILENA		HUILA	

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

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 type="checkbox"/>			
B1						D D M M A A A A	
B2						D D M M A A A A	
B3						D D M M A A A A	
B4						D D M M A A A A	
B5						D D M M A A A A	

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		Tipo		Condición	
						F N M		T P	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC del afiliado adicional	
Municipio / Distrito		Zona		(A registrar por la E.P.S.)	
		Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			
B1					
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	
C EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS		(A registrar por la E.P.S.)	
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

35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación		37. Número del documento de identificación		38. Tipo de Aportante o Pagador	
GP TRANSCOLOMBIA		NIT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		901670348		(A registrar por la E.P.S.)	
39. Ubicación		Teléfono Fijo		Correo Electrónico		Municipio / Distrito	
VDA LAS MARGARITAS		3045898639		GPTRANSCOLOMBIA1@GMAIL.CO		BOGOTA D.C.	
Dirección						Departamento	
						BOGOTA D.C.	

## B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

## 40. Tipo de Novedad

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación datos básicos de identificación   | <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas     |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación  | <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad   | <input type="checkbox"/> 13. Movilidad <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo                     |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios                                    | <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado  |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS  | <input type="checkbox"/> 14. Traslado <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen                             |
| Código <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS   | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento   |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales                                  | <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante                                   |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales                                  | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado  |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar                   | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado  |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando |   |

## 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		Fecha de Radicación	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		42. Fecha <input type="text"/>	
43. EPS Anterior		44. Motivo de Traslado Código <input type="text"/>		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

## 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 la 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

Duvar Fernando Diaz

## 55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

## IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad
- CN RC TI CC CE PA CD SC  
Cantidad         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"/> 524 Código del Departamento <input type="text"/> 41		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="text"/>		Número del documento de identidad <input type="text"/>		71. Firma del funcionario <input type="text"/>	

## Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LTDA C.C. No. 900.282.038	Sello de radicación	EPS SANITAS RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS Recibido por: A.C.I. Fecha: 04-06-2024	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.

**Nombre del Afiliado** DUVER FERNANDO DIAZ BAICUE

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?  
Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?  
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?  
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?  
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS?  
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?

<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	NO

Duver Fernando Diaz  
Firma del Afiliado **DUVER FERNANDO DIAZ BAICUE**  
Documento de Identidad **1080291277**

**FIRMA A RUEGO**

A ruego del señor(a) \_\_\_\_\_, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_, quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el señor(a) \_\_\_\_\_, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) \_\_\_\_\_

El firmante a ruego

Huella Índice

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_  
Documento de identidad: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_  
Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que no sabe firmar \_\_\_\_\_

**FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES**

DUVER FERNANDO DIAZ BAICUE, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en [www.epssanitas.com](http://www.epssanitas.com).

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi estado de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: [www.epssanitas.com](http://www.epssanitas.com). Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: Duver Fernando Diaz  
Nombre: DUVER FERNANDO DIAZ BAICUE  
Identificación: 1080291277  
Fecha: 04-06-2024