



# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Organización Sanitas Internacional

NIT: 800.251.440-6

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

790766434

Página 1 de 2

Fecha de Radicación

0 4 | 0 6 | 2 0 2 4

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

|                         |   |                       |  |  |  |            |   |  |
|-------------------------|---|-----------------------|--|--|--|------------|---|--|
| 1. Tipo de trámite      | A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Tipo de Afiliación | A. Individual<br>- Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/><br>- Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> |  |  | 3. Régimen | A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/><br>B. Subsidiado <input type="checkbox"/> |  |
| B. Reporte de Novedades | <input type="checkbox"/>                          |                       |  |  |  |            |   |  |

|                     |  |   |  |                      |  |   |  |                                    |                          |                          |
|---------------------|--|---|--|----------------------|--|---|--|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Tipo de afiliado | A. Cotizante <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<br>(a registrar por la EPS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---------------------|--|---|--|----------------------|--|---|--|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

**A. AFILIACIÓN**

|   |                                      |                  |  |               |   |                               |          |  |  |
|---|--------------------------------------|------------------|--|---------------|---|-------------------------------|----------|--|--|
| <b>II - DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN</b> (del cotizante o cabeza de familia) |                                      |                  |  |               |   |                               |          |  |  |
| 6. Apellidos y nombres  | BAICUE                               |                  |  | DUVER         |   |                               | FERNANDO |  |  |
| DIAZ  | Primer apellido                      | Segundo apellido |  | Primer nombre | Segundo nombre                                |                               |          |  |  |
| 7. Tipo de documento de identidad   | 8. Número del documento de identidad |                  |  | 9. Sexo       | 10. Fecha de nacimiento                       |                               |          |  |  |
| CEDULA DE CIUDADANIA  | 1080291277                           |                  |  | Femenino      | Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | 3   1   0   7   1   9   8   7 |          |  |  |

**III - DATOS COMPLEMENTARIOS**

|   |                          |  |                                |  |  |                    |                                      |                                 |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------------|--|--|--------------------|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Datos personales                              |                          |  |                                |  |  |                    |                                      |                                 |                          |
| 11. Etnia                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                   | 12. Discapacidad               | Type <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Condición <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | 13. Puntaje SISBÉN | <input type="checkbox"/>             | 14. Grupo de población especial |                          |
| DIAZ  |                          |  |                                |  |  |                    |                                      |                                 | <input type="checkbox"/> |
| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | ARL LA EQUIDAD           |  |                                | 16. Administradora de Pensiones  |  |                    | 17. Ingreso Base de Cotización - IBC |                                 |                          |
|   |                          |  |                                | COLFONDOS  |  |                    | \$ 1.300.000                         |                                 |                          |
| 18. Residencia                                | Dirección                |  |                                | Teléfono Fijo  | 3228963731   | Teléfono Celular   | Correo Electrónico                   |                                 |                          |
| CRA 20 # 23-57                                |                          |  |                                |  |  |                    | DUVERBAICUE@OUTLOOK.COM              |                                 |                          |
| Municipio / Distrito                          | Zona                     | Urbana <input checked="" type="checkbox"/> | Rural <input type="checkbox"/> | Localidad / Comuna   |  |                    | Departamento                         |                                 |                          |
| PALERMO                                       |                          |  |                                | 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  |                                       |               |                |   |                               |  |  |  |  |
| Primer apellido  | Segundo apellido                      | Primer nombre | Segundo nombre |   |                               |  |  |  |  |
| B1   |                                       |               |                |   |                               |  |  |  |  |
| B2   |                                       |               |                |   |                               |  |  |  |  |
| B3   |                                       |               |                |   |                               |  |  |  |  |
| B4   |                                       |               |                |   |                               |  |  |  |  |
| B5   |                                       |               |                |   |                               |  |  |  |  |
| 20. Tipo de documento de identidad   | 21. Número del documento de identidad |               |                | 22. Sexo  | 23. Fecha de nacimiento       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> |                                       |               |                | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | D   D   M   M   A   A   A   A |  |  |  |  |

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"/> |               |                |          | Femenino                | Masculino | D   D   M   M   A   A   A   A |  |  |
| B2                                 | <input type="checkbox"/> |               |                |          |                         |           | D   D   M   M   A   A   A   A |  |  |
| B3                                 | <input type="checkbox"/> |               |                |          |                         |           | D   D   M   M   A   A   A   A |  |  |
| B4                                 | <input type="checkbox"/> |               |                |          |                         |           | D   D   M   M   A   A   A   A |  |  |
| B5                                 | <input type="checkbox"/> |               |                |          |                         |           | D   D   M   M   A   A   A   A |  |  |

Datos complementarios

|                |  |           |  |  |                  |  |      |   |           |   |   |
|----------------|--|-----------|--|--|------------------|--|------|---|-----------|---|---|
| 29. Parentesco |  | 30. Etnia |  |  | 31. Discapacidad |  | Tipo |   | Condición |   |   |
| B1             |  |           |  |  |                  |  | F    | N | M         | T | P |
| 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<br>(A registrar por la E.P.S.) |  |  |  |  |
| C   | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS |  |  |   |   |  |  |  |  |
| 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<br>GP TRANSCOLOMBIA   |  | 36. Tipo de documento de identificación<br>NIT |  | 37. Número del documento de identificación<br>901670348 |   |  | 38. Tipo de Aportante o Pagador<br>(A registrar por la E.P.S.) |  |  |
| 39. Ubicación<br>VDA LAS MARGARITAS   |  | Teléfono Fijo<br>3045898639                    |  | Correo Electrónico<br>GPTRANSCOLOMBIA@GMAIL.CO<br>M     |   |  | Municipio / Distrito<br>BOGOTA D.C.                            |  |  |
|   |  |  |  |   |   |  | Departamento<br>BOGOTÁ D.C.                                    |  |  |

## 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<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |                  |                                   | Fecha de Radicación  |
| 43. EPS Anterior  |                  | 44. Motivo de Traslado            | 42. Fecha<br>05 06 2024  |
|   |                  | Código <input type="text"/>       | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones                     |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales   |
| <input type="checkbox"/> 47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción   |
| <input type="checkbox"/> 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   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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     |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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. |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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<br><br><i>Duver Fernando Diaz</i> | 55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio<br><br><i>[Signature]</i> |
|--|---|

## IX. ANEXOS

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad   | Cantidad <input type="checkbox"/> Total <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente   |   |
| <input type="checkbox"/> 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital   |   |
| <input type="checkbox"/> 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 |   |
| <input type="checkbox"/> 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor  |   |
| <input type="checkbox"/> 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia   |   |
| <input type="checkbox"/> 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   |   |
| <input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud  |   |
| <input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas  |   |
| <input type="checkbox"/> 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<br>Código del Municipio <input type="text"/> 524 | Código del Departamento <input type="text"/> 41 | 67. Datos del SISBÉN<br>Número de Ficha <input type="text"/> | Puntaje <input type="text"/> | Nivel <input type="text"/> | 68. Fecha de Radicación<br>04 06 2024 | 69. Fecha de Validación<br>D D M M A A A A |
|---|---|--|------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|--|

## 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<br><br><i>[Signature]</i> |                                     |

## Observaciones:

|   |                     |  |                       |
|---|---------------------|--|-----------------------|
| Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial<br>ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LTDA<br>C.C. No. 900.282.038 | Sello de radicación | EPS SANITAS<br>RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN<br>POR LA EPS<br>Recibido por: A.C.I.<br>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.

**FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO  
Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.**

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?

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

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?

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

¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?

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

Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS?

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

¿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 |

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**

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