

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Página 1 de 2



791866736

Fecha de Radicación

03102025

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

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"/>		B. Colectiva <input type="checkbox"/>		B. Subsidado <input type="checkbox"/>	
C. Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/>		C. Institucional <input type="checkbox"/>		D. De Oficio <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)	
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	
CUELLAR		CEDULA DE CIUDADANIA		5.828.506		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		11041982	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
BURGOS		DIEGO		FERNANDO					

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
		Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>					
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso Base de Cotización - IBC			
EQUIDAD SEGUROS		PORVENIR		\$ 1.423.500			
18. Residencia		Dirección		Teléfono Fijo		Teléfono Celular	
MANZANA 8 CASA 23 BARRIO JARDIN				3133352000		Correo Electrónico	
Municipio / Distrito		Zona		Localidad / Comuna		Departamento	
IBAGUE		Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		IBAGUE		TOLIMA	

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	
						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>			
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			

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

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

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

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

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS	
C EPS SANITAS CENTRO MEDICO IBAGUE		(A registrar por la E.P.S.)	
B			
B			
B			

35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación		37. Número del documento de identificación		38. Tipo de Aportante o Pagador	
OUTSOURCING PROTECCION Y SERVICIOS SC S.A.S		NIT <input type="checkbox"/>		901861717		(A registrar por la E.P.S.)	
39. Ubicación		Teléfono Fijo		Correo Electrónico		Municipio / Distrito	
CRR 45 26 32		3168870454		INFO@OUTSOURCINGPROTECCION Y SERVICIOS SC S.A.S		BOGOTA D.C.	
Dirección						Departamento	
						BOGOTA D.C.	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO	
39. Ubicación	
CRR 45 26 32	

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. Mismo 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		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

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

Diego Fernando Celler

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"/> 001 Código del Departamento: <input type="text"/> 73		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		Segundo apellido		Primer nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		71. Firma del funcionario	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial

ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LTDA

Sello de radicación

RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS

Recibido por: A.C.I.

Fecha: 03-10-2025

Sticker procesamiento

C.C. No. 900.282.038

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 **DIEGO FERNANDO CUELLAR BURGOS**

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

Diego Fernando Cuellar
 Firma del Afiliado **DIEGO FERNANDO CUELLAR BURGOS**
 Documento de Identidad **5.828.506**

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

DIEGO FERNANDO CUELLAR BURGOS

_____, 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.

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. 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: Diego Fernando Cuellar

Nombre: Diego Fernando Cuellar

Identificación: 5.828.506

Fecha: 02.10.2025