



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Santa International

NIT. 800.251.440-6

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

791866736

Página 1 de 2

Fecha de Radicación

0 3 1 0 2 0 2 5

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	- 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. Reporte de Novedades	<input 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 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) <input type="checkbox"/>

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres	BURGOS		DIEGO		FERNANDO		
CUELLAR	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	5.828.506		Femenino	Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	11	04	1982

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

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	
EQUIDAD SEGUROS	PORVENIR	\$ 1.423.500	
18. Residencia	Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular
MANZANA 8 CASA 23 BARRIO JARDIN			3133352000
Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
IBAGUE	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	IBAGUE	ALSANGU21@HOTMAIL.COM
			Departamento
			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	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"/>			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <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	
B1		Femenino	Masculino	
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Type	Condición
B1			F	N
B2			M	T
B3				P
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 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 MEDICO IBAGUE	
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 OUTSOURCING PROTECCIÓN Y SERVICIOS SC S.A.S	36. Tipo de documento de identificación NIT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	37. Número del documento de identificación 901861717	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
39. Ubicación CRR 45 26 32	Dirección 3168870454	Correo Electrónico INFO@OUTSOURCINGPROTECCIONYSERVICIOSCASAS.COM	Municipio / Distrito BOGOTA D.C.
			Departamento BOGOTA D.C.

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

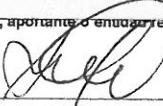
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de Radicación
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	42. Fecha <input type="text"/> 11 10 2025
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 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

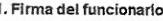
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario <input type="text"/> Diego fernando aelov	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio 
--	---

IX. ANEXOS

<input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad	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"/>	Cantidad <input type="text"/> 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 Código del Municipio <input type="text"/> 001	Código del Departamento <input type="text"/> 73	87. Datos del SISBÉN Número de Ficha <input type="text"/>	Puntaje <input type="text"/>	Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de Radicación <input type="text"/> 03 10 2025	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 	

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LTDA C.C. No. 900.282.038	Sello de radicación	RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS Recibido por: A.C.I. Fecha: 03-10-2025	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 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?

 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?

 NO

¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?

 NO

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

 NO

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

 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?

 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 prepaga 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: 03/10/2025