

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS
E.P.S.Sanitas



Organización Sanitas Internacional

NIT: 800.251.440-6
 CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Página 1 de 2

Fecha de Radicación	
00000000000000000000	00000000000000000000

I - DATOS DEL TRÁMITE (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 <input type="checkbox"/>	- Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	D. De Oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen	A. Contributivo <input 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 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="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres	Rusinque	Primer apellido	Leon	Segundo apellido	Fredy	Primer nombre		Segundo nombre
7. Tipo de documento de identidad	cc	8. Número del documento de identidad	9373427	9. Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento	24011970	

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales	11. Etnia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12. Discapacidad	Tipo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBÉN	<input type="checkbox"/>	14. Grupo de población especial	<input type="checkbox"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	Axu Colpatria	16. Administradora de Pensiones	Porvenir	17. Ingreso Base de Cotización - IBC	10000000		
18. Residencia	Calle 79 #41-34	Dirección	5829540	Teléfono Fijo	3208922155	Correo Electrónico	
Municipio / Distrito	Medellín	Zona	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / Comuna	Ranrique	Departamento	Antioquia

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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	21. Número del documento de identidad	<input type="checkbox"/>	22. Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento	00000000

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	Rusinque	Grandu	Danna	Sofia
B2				
B3				
B4				
B5				

25. Tipo de documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
B1	1022005891	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	29012010
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Type	Condición
B1	Hija		F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	
B2				
B3				
B4				
B5				

32. Datos de residencia	Municipio / Distrito	Zona	Departamento	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
B1	Medellín	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Antioquia	5929540
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	
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 Pagar (A registrar por la E.P.S.)
Die servicios SAS	NIT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	900995277	
39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito Departamento
Cra 92 #44 B-30	5005534	especializados4949@gmail.com	Medellín Antioquia

B. REPORTE DE NOVEDADES

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 Subsidio
- 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 Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de Radicación 42. Fecha 13102022
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 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

Juan Daniel García.

三一八

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	67. Datos del SISBÉN Número de Ficha	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel	<input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A

70. Datos funcionario que realiza la validación

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

• 15 •

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
C.C. No.		

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



AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT

Número de documento: 900885277

Número Afiliación: 245290

Razón social: DIESERVICIOS SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA

Número de Documento 93378427

Nombre: FREDY RUSINQUE LEON

Fecha Ingreso: 14/10/2022

Salario básico: 1,000,000

Nit empresa en misión: 0

Código Sucursal: 0 001

Centro de trabajo: 0 004

Tasa: 4.350

Fecha hora transacción: 13/10/2022 4:54:18 PM



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FREDY RUSINQUE LEON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **93.378.427**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Octubre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

**INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y / O PERSONAS A CARGO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA**

FORMULARIO: 33132736

FECHA INGRESO: 2022/10/13

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

Doc Empresa 900885277	Sucur 0	Razón Social DIESERVICIOS SAS
---------------------------------	-------------------	---

DATOS DE TRABAJADOR

Tipo Id CC	Doc Identidad 93378427	Primer Apellido RUSINQUE	Segundo Apellido LEON	Primer Nombre FREDY	Segundo Nombre
Fecha Nac 1970/01/24	Sexo M	Estado Civil SOLTERO	Nivel Educativo BTO.COMPLETO	Centro de Costos 0	Fecha Ing Emp 2022/10/13
Horas Trabajadas 240	Tipo Salario FIJO	Salario Mensual 1000000	Cargo CONDUCTOR	Profesión	
Correo electrónico			Autoriza envío de información		

Tipo Contrato INDEFINIDO	Fecha Terminación	Celular	Empresa con quien trabaja simultáneamente		Salario Mensual 0
Dirección de Residencia CL 79 41 84	Departamento ANTIOQUIA	Municipio de Residencia MEDELLIN	Barrio MANRIQUE CENTRA	Sector U	Teléfono 0

Dirección donde labora KR 92 44 B 34	Departamento ANTIOQUIA	Municipio donde labora MEDELLIN	Barrio LA AMERICA	Sector U	Teléfono 4440548
--	----------------------------------	---	-----------------------------	--------------------	----------------------------

Administradora de Fondo de Pensiones PORVENIR	Administradora de Riesgos laborales COLPATRIA S.A.	E.P.S. EPS SANITAS	Vive en Casa Propia NO
---	--	------------------------------	----------------------------------

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTA AFILIANDO

Primer Apell RUSINQUE	Segun Apell GRANDA	Sexo F	Parent H	Tipo Discap.	% Disca 0	Ocupa O	Subsidio PARA ANALIZAR
Primer Nomb DANNA	Segun Nomb SOFIA						

Certifico que los datos suministrados son verídicos y podrán ser validados en otras fuentes de información. La información suministrada es para uso exclusivo de COMFENALCO Antioquia y sus entes reguladores.

PENDIENTE POR AUTORIZAR DOCUMENTOS