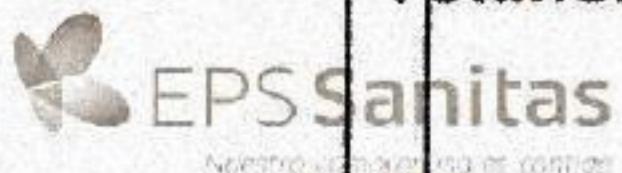


FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



NUESTRA AFILIACIÓN ESTÁ CONTIGO

NIT. 800.291.436

(Lea las instrucciones que se encuentran al resarcido arriba de diligenciar este formulario)

No de Radicación

Fecha de Radicación

D	D	M	M	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---

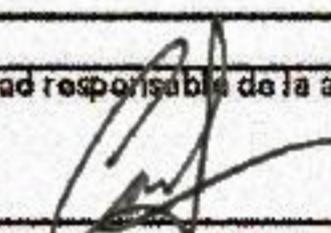
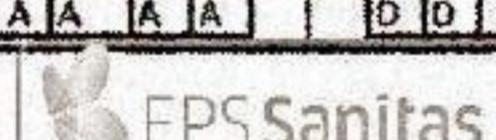
790139127



1. Tipo de Trámite				2. Tipo de Afiliación				3. Régimen							
A. Afiliación		B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		A. Individual		- Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> X Colectiva		D. De Oficio							
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>		B. Cabeza de Familia		C. Beneficiar		- Beneficiario o Afiliado adicional		Institucional							
4. Tipo de Afiliado				5. Tipo de Cotizante				A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> X Subsidiado							
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>		B. Cabeza de Familia		C. Beneficiar		A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> X		B. Independiente							
6. Apellidos y Nombres		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre									
Primer Apellido RESTREPO		VASCO		ALEXANDER											
7. Tipo de Documento de Identidad		8. Número del Documento de Identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento									
CN RC	TI CC	CE XPA	CD SC	98602543		Femenino	Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	1	1	1	0	1	9	7	9
Datos personales															
12. Etnia	13. Discapacidad		14. Grupo de población especial												
	Tipo	F	N	M	Condición	T	P								
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC											
SURA ARL		PORVENIR AFP		\$1.300.000											
18. Residencia		CRA 65D#23A-20				Teléfono Fijo									
Teléfono Celular 3136960119		Correo Electrónico RESTREPOVASCO536@GMAIL.COM													
Municipio/Distrito MEDELLIN		Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural	Localidad/Comuna		Departamento		Antioquia								
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero (a) permanente cotizante															
19. Apellidos y Nombres		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre									
Primer Apellido															
20. Tipo de Documento de Identidad		21. Tipo de Documento de Identidad		22. Sexo		23. Fecha de nacimiento									
CN RC	TI CC	CE PA	CD SC			D	D	M	M	A	A	A	A		
Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales															
24. Tipo de Documento de Identidad		25. Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre									
Primer Apellido															
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero (a) permanente cotizante															
26. Tipo de Documento de Identidad		27. Número del Documento de Identidad		28. Sexo		29. Fecha de nacimiento		30. Parentesco							
B1				Femenino	Masculino										
B2				Femenino	Masculino										
B3				Femenino	Masculino										
B4				Femenino	Masculino										
B5				Femenino	Masculino										
31. Etnia		32. Discapacidad		33. Teléfono Fijo y/o Celular		34. Valor de la UPC del Afiliado Adicional(a) registrar									
C	F	N	M	T	P	Municipio/Distrito	Zona	Departamento							
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															
35. Selección de la IPS Primaria															
36. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS								Código de la IPS (a registrar por la EPS)							
C															
B	10301	EPS SANITAS CENTRO MEDICO MEDELLIN													
B															
B															

- Original: EPS-1a Copia: EMPLEADOR-2a Copia: AFILIADO -

OJXPRES NIT.800.156.826-1

35. Nombre o razón social MENSAJERIA Y LOGISTICA VILLABON S.A.S.	36. Tipo de Documento de Identificación NIT X TI CE CC PA CC	37. Número del documento de Identificación 901753829	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)								
39. Ubicación Dirección Cra.5 No.87-25 B/Las Margaritas			Teléfono Fijo 3103498827								
Correo electrónico gestionempresarial2004@gmail.com	Municipio/ Distrito MEDELLIN	Departamento Antioquia									
B. REPORTE DE NOVEDADES											
<p>40. Tipo de Novedad</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad. <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS.</p> <p>Código: <input type="text"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando</p>											
<p>11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 12 Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Misma Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado: <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado</p>											
<p>41. Datos básicos de identificación</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>Primer Apellido</th> <th>Segundo Apellido</th> <th>Primer Nombre</th> <th>Segundo Nombre</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre								
Type de Documento de Identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	Número del Documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento D D M M A A A A 42. Fecha 22 04 2024								
43. EPS anterior SANITAS SUSPENSIÓN POR MORA.	44. Motivo de traslado Código: <input type="text"/>	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones									
<p>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 type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicio de Salud. <input checked="" type="checkbox"/> 50. Autorización para que la EPS 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 EPS reporte la información que se genere de la afiliación 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 EPS 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 EPS envíe información al correo electrónico o al celular</p>											
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario Alexander Restrepo	<p>54. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institución o de oficio </p>										
<p>56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: <input type="text"/> CN <input type="text"/> RC <input type="text"/> TI <input type="text"/> CC <input type="text"/> PA <input type="text"/> CE <input type="text"/> CD <input type="text"/> SC TOTAL <input type="text"/></p> <p><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 la 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 en 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.</p>											
66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio: <input type="text"/> Código del Departamento: <input type="text"/>	67. Datos del SISBEN Número de ficha: <input type="text"/>	Puntaje: <input type="text"/>	Nivel: <input type="text"/>								
68. Fecha de Radicación D D M M A A A A	69. Fecha de Validación D D M M A A A A										
70. Datos del funcionario que re											
Tipo de documento <input type="text"/>	Número de documento de identidad <input type="text"/>	71. Firma del Funcionario  FIRMA DEL FUNCIONARIO <input type="text"/>									
Observaciones: <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>22 ABR 2024 Recibido por: <input type="text"/></p>										
<p>Recurso de que, con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial ASESORES VIP 901498781</td> <td>Sello de Radicación</td> <td>Sticker procesamiento</td> </tr> </table>				Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial ASESORES VIP 901498781	Sello de Radicación	Sticker procesamiento					
Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial ASESORES VIP 901498781	Sello de Radicación	Sticker procesamiento									

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

ALEXANDER RESTREPO VASCO

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 al 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, 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 yo 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 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 este 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.

Alexander Restrepo

Firma: _____
 Nombre: ALEXANDER RESTREPO VASCO
 Identificación: 98602543
 Fecha: 2021-04-22

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

Nombre del Afiliado: ALEXANDER RESTREPO VASCO

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, Lule asesorado adecuadamente por la EPS?

Autoriza a EPS Sanitas 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

Alexander Restrepo

Firma del Afiliado: _____ Documento de Identidad: 98602543

A ruego del señor(a), _____ quien se identifica con la
 cedula de ciudadanía NO, _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo que hace en su nombre el señor(a) _____ quién 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 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