



185828244

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

<b>I. DATOS DEL TRÁMITE</b>			
1. Tipo de Trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado	4. Contribución solidaria Si No
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	6. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente C. Pensionado	7. Código (a registrar por la EPS)	

<b>II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)</b>			
8. Apellidos y nombres Primer Apellido Lopez	Segundo Apellido Nieto	Primer Nombre Katherin	Segundo Nombre Stefany
9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 1032490585	11. Sexo biológico Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino	12. Sexo identificación F <input checked="" type="checkbox"/> M T NB Otro
14. Lugar de nacimiento País Colombia	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento

<b>III. DATOS COMPLEMENTARIOS</b>			
<b>Datos Personales</b>			
16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad Si No <input checked="" type="checkbox"/> Categoría de discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN Si No
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC 2'200.000
26. Residencia Dirección Cl 19 #1199 - 70		25. Tarifa Contribución Solidaria	
Teléfono Celular 3102419110		Teléfono Fijo	
Correo Electrónico K.lopez.113@gmail.com			
Departamento Bogotá		Municipio / Distrito Bogotá	Localidad / Comuna
Zona Cabecera Municipal <input checked="" type="checkbox"/> Rural Disperso		Centro Poblado Resto Rural	

<b>IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR</b>			
<b>Datos Básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante</b>			
27. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino Masculino	31. Sexo identificación F M T NB Otro
33. Lugar de nacimiento País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

<b>Datos Básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales</b>			
35. Apellidos y nombres Primer Apellido			
Segundo Apellido		Primer Nombre	
Segundo Nombre			
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino Masculino	40. Sexo identificación F M T NB Otro Cual	41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B2			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B3			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B4			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B5			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	

<b>Datos complementarios del Beneficiario</b>							
43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN Si No	48. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	49. Discapacidad Si No Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente Si No
B1				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

<b>51. Datos de residencia</b>				Teléfono fijo y/o celular		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Departamento	Municipio/ Distrito	Zona				
B1		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural				
B2		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural				
B3		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural				
B4		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural				
B5		Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural				

Dirección		Localidad/Comuna		Correo Electrónico	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

AFILIACIÓN

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS				54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)			
C							
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO							
55. Nombre o razón social			56. Tipo documento de identificación		57. Número del documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Transportes Especiales			NIT		901056049		
59. Ubicación Dirección							Teléfono fijo o Celular
Correo Electrónico			Departamento			Municipio / Distrito	
60. Tipo de Novedad							
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.				<input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.			
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.				<input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.			
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.				<input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado			
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.				<input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen			
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código				<input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.			
<input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código				<input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante.			
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.				<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.			
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.				<input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.			
<input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.				<input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.			
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.				<input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.			
<input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.							
VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD							
61. Datos básicos de identificación							
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		62. Sexo biológico		63. Sexo identificación	
				Femenino Masculino		F M T NB Otro	
						64. Fecha de nacimiento	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad		67. Motivo de traslado		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	
Sanitas		07/09/2025		Código			
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES							
<input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.							
<input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.							
<input type="checkbox"/> 71. 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"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.							
<input checked="" type="checkbox"/> 73. 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"/> 74. Autorización para que la EPS 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"/> 75. 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"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.							
<input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.							
<input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.							
VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA							
79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria							
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
						Tipo de documento de identidad No. del documento de identidad	
IX. FIRMAS							
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional				81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio			
Katherin Lopez							
X. ANEXOS							
<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT							
<input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.							
<input type="checkbox"/> 84. 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"/> 85. 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"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.							
<input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.							
<input type="checkbox"/> 88. 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"/> 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 2016 de 2014.							
<input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.							
<input type="checkbox"/> 91. 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.							
Total Anexos							
XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL							
92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio Código del departamento				93. Nombre de la Institución			
XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL							
94. Apellidos y nombres							
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		95. Firma del funcionario		96. fecha de radicación	
						97. Fecha de validación	
OBSERVACIONES:							
Recuerde 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							
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial				Sello de Radicación		Sticker procesamiento	
-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO-							