

No. de Radicación

Fecha de Radicación

20052023



169701624

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación	B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	A. Individual	B. Colectiva <input checked="" type="checkbox"/>	D. De Oficio	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado		5. Tipo de Cotizante		Código	
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>	B. Cabeza de Familia	C. Beneficiario	A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente	C. Pensionado	(a registrar por la EPS) 01

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	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	CN TI CE CD RC CC PA SC	7712281	Femenino Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	29/10/1979		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBÉN		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			
Suva		Copen Sunces		1160000			
18. Residencia							
Dirección							
CII 35 NO 7-46 B Granjas							
Teléfono Celular		Correo Electrónico					
3202149002		carlosaugusto201079@gmail.com					
Municipio / Distrito		Zona		Localidad / Comuna		Departamento	
Nciva		Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural				Huila	

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	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino			

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino					
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Datos Complementarios

30. Etnia		31. Discapacidad		32. Datos de Residencia		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)	
		Tipo Condición		Municipio/Distrito Zona Departamento Teléfono Fijo y/o Celular			
		F N M T P		Urbana Rural			
		F N M T P		Urbana Rural			
		F N M T P		Urbana Rural			
		F N M T P		Urbana Rural			
		F N M T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C	Centro medico NENA EPS	276312-13545	
B			
B			
B			

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

Escaneado con CamScanner

35. Nombre o razón social Serviendes		36. Tipo documento de identificación NIT <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>		37. Número del documento de identificación 901371126	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección Calle 43 NO 7-53		Municipio / Distrito Neiva		Departamento Huila	
Correo Electrónico Serviendessc@outlook.com		Teléfono Fijo 3107991009			

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. | <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. | <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad. | <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <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.
Código <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen |
| <input 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 checked="" 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 CN TI CE CD RC CC PA SC		Número del documento de identidad		Sexo Femenino Masculino		Fecha de nacimiento D D M M A A A A	
						42. Fecha 20052023	

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	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, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☒ 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.
- ☒ 51. 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.
- ☒ 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.
- ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Carlos A Torres y

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

Y

IX. ANEXOS

- ☒ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
Cantidad **1** TOTAL **01**
- ☐ 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 la 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 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.
- ☐ 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 Código del Departamento		67. Datos del SISBEN Número de ficha Puntaje Nivel		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 realiza la validación

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	

Observaciones:

Tipo de documento		Número de documento de identidad		71. Firma del Funcionario	

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información contenida en el capítulo VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

Huicya Chantre

EPS Sanitas
OFICINA NEIVA

RECIBIDO POR

Fecha: **20** Hora: **10**

Sticker procesamiento