



# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Organización Sanitas Internacional

NIT: 800.251.440-6

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

790726846

Página 1 de 2

Fecha de Radicación

0 4 1 2 2 0 2 3

**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 - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> - Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/>
B. Reporte de Novedades			
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante	
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>	B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>
		Código (a registrar por la EPS) <input type="text"/> <input type="text"/>	

**A. AFILIACIÓN****II - DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN** (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres	MONTOYA	LUIS	FELIPE
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	1014273279	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	1   2   0   1   1   9   9   6

**III - DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales			
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
<input type="text"/> <input type="text"/>	Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS		16. Administradora de Pensiones SKANDIA(OLD MUTUAL)	17. Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.160.000
18. Residencia	Dirección CARRERA 81A # 65A - 61	Teléfono Fijo  3183496907	Teléfono Celular Correo Electrónico LMATIASMONT@GMAIL.COM
Municipio / Distrito BOGOTA D.C.	Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / Comuna VILLALUZ	Departamento BOGOTA D.C.

**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="text"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	DDMMMAAAAA	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres				
B1	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B2				
B3				
B4				
B5				
25. Tipo de documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	DD	DDMMMAAAAA
B1	<input type="text"/>			
B2	<input type="text"/>			
B3	<input type="text"/>			
B4	<input type="text"/>			
B5	<input type="text"/>			

Datos complementarios

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

**32. Datos de residencia**

Municipio / Distrito B1	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
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 CALLE 80	
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 ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LTDA	36. Tipo de documento de identificación NIT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	37. Número del documento de identificación 900282038	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
39. Ubicación CARRERA 49A # 94 - 96	Teléfono Fijo 3014453976	Correo Electrónico GERENTEPROYECTOS@ACICOLOM BIA.COM.CO	Municipio / Distrito BOGOTA D.C.
			Departamento BOGOTÁ D.C.

## 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  
 14. Traslado  B. Régimen Subsidiado  
 15. Reporte de fallecimiento  A. Mismo Régimen  
 16. Reporte del trámite de protección al cesante  B. Diferente Régimen  
 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
Número del documento de identidad		Sexo	Fecha de Radicación
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	42. Fecha
			10 11 2023

## 43. EPS Anterior

SIN EPS, SIN IDENTIFICAR

## 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, 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

Luis Felipe Matias

## 55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

## IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad Cantidad        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 <input type="text"/> 001	Código del Departamento <input type="text"/> 11	67. Datos del SISBÉN Número de Ficha <input type="text"/>	Puntaje <input type="text"/>	Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de Radicación 04 12 2023	69. Fecha de Validación D D M M A A A A
---	---	--	------------------------------	----------------------------	---------------------------------------	--

## 70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
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:

## CREACION DE EMPRESA

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LTDA C.C. No. 900.282.038	Sello de radicación	EPS SANITAS RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS Recibido por: A.C.I. Fecha: 04-12-2023	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.

**FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO  
Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.**Nombre del Afiliado LUIS FELIPE MATIAS MONTOYA

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

<input checked="" type="checkbox"/>	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?

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

<input checked="" type="checkbox"/>	NO

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

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

¿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?

<input checked="" type="checkbox"/>	NO

Luis Felipe MatiasFirma del Afiliado LUIS FELIPE MATIAS MONTOYADocumento de Identidad 1014273279**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****LUIS FELIPE MATIAS MONTOYA**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](http://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 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](http://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: Luis Felipe MatiasNombre: LUIS FELIPE MATIAS MONTOYAIdentificación: 1014273279Fecha: 04-12-2023