



Organización Sanitas Internacional

NIT. 800.251.440-6

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

Fecha de Radicación									
D	D	M	M	A	A	A	A	A	A

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

A. AFILIACIÓN									
II - DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)									
6. Apellidos y nombres									
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	
						Femenino <input type="checkbox"/>		Masculino <input type="checkbox"/>	
								D D M M A A A A	

III - DATOS COMPLEMENTARIOS									
Datos personales									
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		
18. Residencia			Dirección		Teléfono Fijo		Teléfono Celular		Correo Electrónico
			Municipio / Distrito		Localidad / Comuna		Departamento		
			Urbana <input type="checkbox"/>		Zona Rural <input type="checkbox"/>				

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	
						Femenino <input type="checkbox"/>		Masculino <input type="checkbox"/>	
								D D M M A A A A	

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									
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 type="checkbox"/>		
B1									D D M M A A A A
B2									D D M M A A A A
B3									D D M M A A A A
B4									D D M M A A A A
B5									D D M M A A A A

Datos complementarios											
29. Parentesco				30. Etnia		31. Discapacidad		Tipo		Condición	
								F N M		T P	
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)					
Municipio / Distrito		Zona		Departamento	Teléfono fijo y/o Celular					
		Urbana <input type="checkbox"/>		Rural <input type="checkbox"/>						
B1										
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									

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			36. Tipo de documento de identificación		37. Número del documento de identificación			38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)		
39. Ubicación			Dirección		Teléfono Fijo		Correo Electrónico		Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

<input type="checkbox"/> 1. Modificación 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	<input type="checkbox"/> 14. Traslado <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen
Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS	<input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	<input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	<input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
<input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	

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		Fecha de Radicación									
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
43. EPS Anterior				44. Motivo de Traslado		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones									
				Código <input type="text"/>											

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

IX. ANEXOS

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"/>	CE	<input type="text"/>	PA	<input type="text"/>	CD	<input type="text"/>	SC	<input type="text"/>	Total	<input type="text"/>
----------	----------------------	-----------	----------------------	-----------	----------------------	-----------	----------------------	-----------	----------------------	-----------	----------------------	-----------	----------------------	-----------	----------------------	-----------	----------------------	-------	----------------------

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		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de Radicación		69. Fecha de Validación																	
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de Ficha	Puntaje	Nivel	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
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"/> <input type="checkbox"/>																								

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.