

CONSTANCIA SECRETARIAL. Hoy 08 de julio de 2022, paso a Despacho del señor Juez, respuesta dada por la Dra. Banny Yeritza Sarmiento Vanegas Coordinadora Gestión de la Afiliación al SGSSS del Área Operativa EPS Sanitas, atendiendo lo solicitado en oficio No. 247 del 17 de junio de 2022.

Sírvase proveer.

El Srio.

WILLIAM BENAVIDEZ LOZANO.

Auto Sustanciación.

Rad. 2021- 00298

JUZGADO TERCERO PROMISCOU DE FAMILIA.

Palmira, ocho (08) de julio de dos mil veintidós (2022)

Encontrándose a Despacho demanda de UNION MARITAL DE HECHO adelantada por la señora ANA MARIA AGUILAR ALVAREZ, contra la MENOR KAMILA SANCHEZ CASTAÑEDA Y HEREDEROS INDETERMINADOS DE GUSTAVO ADOLFO SANCHEZ VILLA, se recibe respuesta dada por la Dra. Banny Yeritza Sarmiento Vanegas Coordinadora Gestión de la Afiliación al SGSSS del Área Operativa EPS Sanitas, atendiendo lo solicitado en oficio No. 247 del 17 de junio de 2022, donde se da cumplimiento a prueba solicitada en auto de fecha 14 de junio de 2022.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado.

RESUELVE:

PRIMERO. GLOSAR Y PONER EN CONOCIMIENTO de las partes intervinientes documento que se anexa a continuación en los que la Dra. Banny Yeritza Sarmiento Vanegas Coordinadora Gestión de la Afiliación al SGSSS del Área Operativa EPS Sanitas, da respuesta a lo solicitado en oficio No. 247 del 17 de junio de 2022, dando cumplimiento a prueba solicitada en auto de fecha 14 de junio de 2022, para que quien corresponde obre de conformidad.

NOTIFÍQUESE

EL JUEZ,



LUIS ENRIQUE ARCE VICTORIA

JUZGADO 3º PROMISCOU DE FAMILIA DE PALMIRA

A las 08:00 AM del día de hoy, inserto en estado # _____

Notifico a las partes el contenido de la providencia anterior.

[Art. 295 del C. G. del P.]. Palmira, _____

WILLIAM BENAVIDEZ LOZANO. Srio.-

Firmado Por:

**Luis Enrique Arce Victoria
Juez
Juzgado De Circuito
Promiscuo 003 De Familia
Palmira - Valle Del Cauca**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **e2b3cb6d326ca5e59e25afb6c0be73eacfa994e11f7fef101841af5a8029ee2**

Documento generado en 08/07/2022 06:47:29 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**

REQ 87323 OFICIO No. 247 REQUERIMIENTO SANITAS EPS RAD 2021-00298

Operaciones EPS 3 <operacioneseeps3@colsanitas.com>

Vie 8/07/2022 9:55 AM

Para: Juzgado 03 Promiscuo Familia Circuito - Valle Del Cauca - Palmira <j03fcpal@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 3 archivos adjuntos (2 MB)

1292001-2.pdf; 87323.pdf; 1292001-4.pdf;

Cordial Saludo

Envio respuesta a su solicitud

Atentamente,

Gestión de la Afiliación

Operaciones EPS

Bogotá-Colombia

MEDIO AMBIENTE: ¿Necesita realmente imprimir este correo? **CONFIDENCIALIDAD:** La información transmitida a través de este correo electrónico es confidencial y dirigida única y exclusivamente para uso de su destinatario.



GRO-00036170-2022
Bogotá, 08 de Julio de 2022
Req 87323

JUZGADO TERCERO PROMISCOUO DE FAMILIA

ATN. Willian Benavides Lozano
j03fcpal@cendoj.ramajudicial.gov.co
Palmira

Radicación: 7652031100320210029800

Cordial saludo señor Benavides

En a su comunicación EPS SANITAS se permite relacionar la información solicitada de acuerdo con lo registrado en el sistema de información:

Nombre	ANA MARIA AGUILAR ALVAREZ
Cédula	1113041335
Conyugue	Gustavo Adolfo Sanchez Villa
Nota	Se Excluyo El 08/10/2020 Por Fallecimiento

666 adjunta afiliación.

Esperamos haber dado solución a su requerimiento y reiteramos nuestra disposición para atender cualquier información

Atentamente,

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinadora Gestión de la Afiliación al SGSSS
Área Operativa EPS Sanitas
Bogotá – Colombia
Rocio v



Ciudad, fecha

Palmira, Noviembre 8/2018

Documento declaratorio de compañeros permanentes.

Yo, Ana María Aguirre Alvarez identificado(a) como aparece al pie de mi firma, actuando en calidad de cotizante y Gustavo Adolfo Sanchez identificado(a) como aparece al pie de mi firma, actuando en calidad de compañero(a) permanente, manifestamos de forma libre y espontánea lo siguiente:

1. Que conocemos las normas vigentes frente a la acreditación de nuestra unión marital de hecho de forma permanente y que cumplimos con los requisitos para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de la inscripción en EPS Sanitas, especialmente las establecidas en el decreto 780 de 2016.
2. Que somos responsables de reportar de forma oportuna a EPS Sanitas, las novedades que afecten nuestra unión como compañeros permanentes.

La información suministrada a través del presente documento es veraz, confiable y refleja la condición actual de nuestra unión marital.

Cualquier falsedad que se compruebe respecto a lo declarado, es sustento para que EPS Sanitas dé traslado a las autoridades competentes sobre irregularidades que afectan los beneficios que otorga el Sistema de Seguridad Social en Salud para los compañeros permanentes.

En aceptación de lo anterior, nos suscribimos:

Ana María A.
Nombre Ana María
CC 1.113.043.335

GUSTAVO A. SANCHEZ LUNA
Nombre Gustavo
CC 11702568

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación

D D M M A A A A



105962136

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" 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"/> - Beneficiario o Afiliado adicional <input checked="" type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/>		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input checked="" type="checkbox"/>			5. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido Aguar Segundo Apellido Alvarez Primer Nombre Ana Segundo Nombre Maria		7. Tipo de documento de identidad CN <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/>	8. Número del documento de identidad 1113.041.335	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 20121995
---	--	--	---	--	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL			16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC \$ 781242
18. Residencia Dirección Cll 47 A # 45-12 Teléfono Fijo					
Teléfono Celular 317-4992769		Correo Electrónico anama28.1995@gmail.com			
Municipio / Distrito Palmira		Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / Comuna		Departamento Valle

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 CN <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/>	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento 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 Sanchez Villa Gustavo Adolfo		B2 Sanchez Castañedo Kamila		B3		B4		B5	
--	--	--	--	------------------------------------	--	----	--	----	--	----	--

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco	
B1 CC		14702.568		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		05051985		CO	
B2 Ti		1107861173		Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		08072019		Hi	
B3				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		D D M M A A A A			
B4				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		D D M M A A A A			
B5				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		D D M M A A A A			

30. Etnia		31. Discapacidad Tipo Condición		32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)	
B1		F N M T P		Palmira Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Valle		317-4992769	
B2		F N M T P		Urbana Rural			
B3		F N M T P		Urbana Rural			
B4		F N M T P		Urbana Rural			
B5		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)
98803 Mixta		
C		
B		
B		
B		

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

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social: **Comp. Contable Guiberoz**

36. Tipo documento de identificación: NIT CC, TI PA, CE CD

37. Número del documento de identificación: **900853883**

39. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS):

39. Ubicación Dirección: **Cll 13 Trens 12-33**

Correo Electrónico: _____

Municipio / Distrito: **Cali**

Departamento: **Valle**

Teléfono Fijo: **3769321**

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de 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 B. Régimen Subsidiado

14. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen

15. Reporte de fallecimiento.

16. Reporte del trámite de protección al cesante

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: _____

Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD, RC CC PA SC

Número del documento de identidad: _____

Sexo: Femenino Masculino

Fecha de nacimiento: **DDMM/AAAA** **08/11/2018**

42. Fecha: **DDMM/AAAA** **08/11/2018**

43. EPS anterior: **EPS Sanitas**

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: **J.J. 1.113.041.335**

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: CN RC TI CC PA CE CD SC TOTAL **3**

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: **DDMM/AAAA** **08/11/2018**

69. Fecha de Validación: **DDMM/AAAA** _____

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

71. Tipo de documento: _____

Número de documento de identidad: _____

Observaciones: **Inclusión # 5030766**

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: **6394486 Dago Almer**

Sello de Radicación: **RECIBIDO PARA SU ESTUDIO**

Sticker procesamiento: **323500001**

Logo: **E.P.S. Sanitas Sanitas Internacional**

Fecha: **08 NOV 2018**

Handwritten: **MIRA**

Handwritten: **Cot 1**