

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES  
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.  
NIT. 800.088.702-2

No. U24945727

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS)

PÁGINA 1 DE 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS) A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>		B. Colectiva <input checked="" type="checkbox"/>	C. Institucional <input type="checkbox"/>	D. Oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input 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. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento) 5471		Código Tipo de Pensionado		8531	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)		6. Apellidos y nombres		7. Tipo de doc
Primer apellido Rodríguez	Segundo apellido Jiménez	Primer nombre Abigali	Segundo nombre Santa	
8. Número del documento de identidad 85312477	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 0 9 10 1 2 0 0 3	Estado civil	EPS anterior

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
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	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS (a registrar por la EPS)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres		Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante		20. Tipo de doc
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
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	Dirección	
Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo Teléfono Celular

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

24. Apellidos y nombres		Segundo nombre	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1 SALDIVAR	OMANA	MITZI	GUADALUPE
B2 Rosiles	Loeza	Pablo	Yamild
B3 Ruiz	vasquez	aranxa	
B4			
B5			

25. Tipo de doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Correo electrónico
B1 C.C.	4523133	Femenino	0 1 0 1 1 9 9 6	contacto1@email.com
B2 C.C.	3345789	Masculino	3 1 0 9 1 9 8 6	contacto2@email.com
B3 C.C.	4262354	Femenino	2 2 0 4 2 0 0 1	contacto3@email.com
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	33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1 Papa				Tipo <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
B2				Tipo <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
B3				Tipo <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
B4				Tipo <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
B5				Tipo <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	

32. Datos de residencia	Dirección	Zona	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
B1 Cr. 66# 69 A 78 SUR		U <input checked="" type="checkbox"/>	Bogota DC	Bogota DC	71452365	30574512
B2 Cr. 24# 77 B 44 SUR		X R	Bogota DC	Bogota DC	74512357	30245675
B3 Kr. 56 - 12 88 n SUR		U <input checked="" type="checkbox"/>	Bogota DC	Bogota DC	71785203	30245675
B4		U R				
B5		U R				

34. Selección de la IPS Primaria	Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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 doc	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación	Dirección	Teléfono	Correo electrónico
Municipio/Distrito	Departamento		

#### 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 las 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.

#### 41. Datos básicos de identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de doc Número del documento de identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A		42. Fecha D   D   M   M   A   A   A   A			
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 intención 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 o la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 52. Actuando en nombre propio y de mis beneficiarios, bajo su encargo, autorizo a Suramericana S.A. filiales y subsidiarias a contactarnos para el ofrecimiento de productos y servicios y las demás finalidades contenidas en su política de privacidad, que puede ser consultada en [www.epssura.com](http://www.epssura.com) e igualmente para adelantar los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en tecnología), para un abordaje integral con todos los productos y soluciones por nosotros contratadas dentro del grupo de compañías pertenecientes a Suramericana S.A.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

## VIII. FIRMAS

54. El cotizante o cabeza de familia	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o deOficio	Código Asesor
--------------------------------------	--	---------------

## IX. ANEXOS

<input type="checkbox"/>	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"/> PA	<input type="text"/> CE	<input type="text"/> CD	<input type="text"/> SC	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 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 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.

ÁREA  
EXCLUSIVA  
SELLO O  
STICKER

## 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	D	D	M	M	A	A	A	A	D	D	M	M	A	A	A	A

70. Datos del 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	

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.