

**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)

D | D | M | M | A | A | A | A

PÁGINA 1 DE 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS)	2. Tipo de Afiliación	Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	D. Oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen	A. Contributivo <input type="checkbox"/>
A. Afiliación <input checked="" 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. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento)	Código Tipo de Pensionado		
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>	B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/>	C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	84561	5423

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)		6. Apellidos y nombres		7. Tipo de doc
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
García	Orozco	Lisset	Vianey	

8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado civil	EPS anterior
41523744	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	1 0 1 0 6 1 9 7 8		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS	Datos personales			
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	20. Tipo de doc
	Tipo <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> 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	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		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 doc

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	20. Tipo de doc
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	
B1 Gómez	Vargas	José	Ignacio
B2 González	Trejo	Cipriano	Ariel
B3			
B4			
B5			

25. Tipo de doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Correo electrónico
B1 C.C.	4578123	Masculino	1 8 0 3 1 9 7 6	contacto1@email.com
B2 C.C.	5446621	Masculino	1 1 1 1 2 0 0 2	contacto2@email.com
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	33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1 Papa			Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P	
B2 Hermano			Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P	
B3			Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P	
B4			Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P	
B5			Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P	

32. Datos de residencia	Dirección	Zona <input checked="" type="checkbox"/> R	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
B1 Cr. 66# 69 A 78 SUR		X	Bogota DC	Bogota DC	74541132	30574512
B2 Cr. 24# 77 B 44 SUR		X	Bogota DC	Bogota DC	78451336	31781226
B3		U	R			
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
---------------	-----------	----------	--------------------	--------------------	--------------

**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

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. | <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. | <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad. | <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. | <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <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 <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen |
| Código <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento. |
| <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS. | <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante. |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado. |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de las condiciones para cotizar. | |

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de doc	Número del documento de identidad	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	42. Fecha <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. |
| <input type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. |
| <input type="checkbox"/> 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. |
| <input type="checkbox"/> 49. Declaración de no intención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud. |
| <input type="checkbox"/> 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. |
| <input type="checkbox"/> 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. |
| <input type="checkbox"/> 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 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. |
| <input type="checkbox"/> 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 de Oficio	Código Asesor
--------------------------------------	---	---------------

IX. ANEXOS

- | | |
|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC | Total <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente | |
| <input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. | |
| <input type="checkbox"/> 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. | |
| <input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. | |
| <input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. | |
| <input type="checkbox"/> 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. | |
| <input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. | |
| <input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. | |
| <input type="checkbox"/> 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

Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A	69. Fecha de validación <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 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