

 17 de octubre de 2020

Cordial saludo

ERMISUL BERMUDEZ IDROBO

Para continuar con el proceso de Inclusión de Beneficiario recuerda que es muy importante tener toda la documentación que aquí te solicitamos, para que puedas realizar el proceso de manera fácil y efectiva. Ten en cuenta:

1. Enviar el formulario de inclusión de beneficiario firmado digitalmente y con los anexos solicitados a la siguiente dirección de correo electrónico: ceafiliacioncali@suramericana.com.co
2. Si necesitas acompañamiento para realizar este trámite, ingresa a www.epssura.com, selecciona la opción Solicitar aquí tu turno virtual y después Turno virtual afiliación y uno de nuestros asesores se comunicará contigo y te dará la información que requieres para la radicación exitosa de tu novedad.

Documentación del Cotizante Ermisul Bermudes Idrobo

- Leer la cartilla de Derechos y Deberes, la cual puedes descargar desde:
https://www.epssura.com/files/cartilla_pos_epssura.pdf

Documentación del Beneficiario Alejandro Bermudez Ordoñez

- Copia de cédula de ciudadanía ampliada al 150%.
- Copia de registro civil original.



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. U 19103962

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 type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <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"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento) Código Tipo de Pensionado	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)		6. Apellidos y nombres		7. Tipo de doc
Primer apellido BERMUDES	Segundo apellido IDROBO	Primer nombre ERMISUL	Segundo nombre	CC
8. Número del documento de identidad 76288154	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	Estado civil	EPS anterior

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> 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	
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	Primer nombre	Segundo nombre
B1 BERMUDEZ	ORDOÑEZ	ALEJANDRO
B2		
B3		
B4		
B5		

25. Tipo de doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Correo electrónico
B1 CC	1234197127	M	0 4 0 8 1 9 9 9	ALEJANDROB04@HOTMAIL.COM
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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P	33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1 HIJO				Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P	
B2				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	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
B1	CALLE 80#28D494	U R	CALI	VALLE DEL CAUCA	4049560	3187226712
B2		U R				
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	AMIGOS DE LA SALUD AMISALUD S.A.S	122354
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. U 19103962

PÁGINA 2 DE 2

B. REPORTE DE NOVEDADES 40. Tipo de Novedad

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
Código <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.
<input checked="" type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
<input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de las condiciones para cotizar. | <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado
<input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.
<input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
<input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
<input type="checkbox"/> 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 doc	Número del documento de identidad	Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento		42. Fecha													
				D	D	M	M	A	A	A	A	D	D	M	M	A	A	A	A
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 intencional 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 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. Cotizante o cabeza de familia	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o deOficio	Código Asesor
-----------------------------------	--	---------------

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ 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		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

Señor Afiliado:

Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, le solicitamos responder las siguientes preguntas de acuerdo con la lectura previa que usted realizó de la carta de desempeño y derechos y deberes en la cartilla física o cartilla publicada en la página web de **EPS SURA**:

?	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	SI
?	¿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? (Ver página 113 de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado)	SI
?	¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado?	SI
?	¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	SI
?	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI

Nombre: ERMISUL BERMUDEZ IDROBO

Cédula: CC76288154

Firma:

