

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

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS)
A. Afiliación B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación
A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva C. Institucional
Beneficiario o afiliado adicional

3. Régimen A. Contributivo B. Subsidiado

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario

5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento)
Código Tipo de Pensionado

II. AFILIACION

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

6. Apellidos y nombres
Primer apellido: MACHACON Segundo apellido: JIMENEZ Primer nombre: JOSHUA Segundo nombre: CAMILO 7. Tipo de doc: CC

8. Número del documento de identidad: 1043966080 9. Sexo: Femenino Masculino 10. Fecha de nacimiento: 08/10/2004 Estado civil: SOLTERO EPS anterior: CAJACOPI

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia Datos personales 12. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T P 13. Puntaje SISBÉN 14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA 16. Administradora de Pensiones: PORVENIR 17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.300.000

18. Residencia Dirección: CALLE 24 # 63-02 Teléfono fijo: Teléfono Celular: 3027160451 Correo electrónico: MACHACONJOSHUA10@gmail.com

Municipio/Distrito: MEDELLIN Zona: Urbana Rural Localidad/Comuna: Departamento: ANTIOQUIA 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

Primer apellido: Segundo apellido: Primer nombre: Segundo nombre: 20. Tipo de doc:

21. Número del documento de identidad: 22. Sexo: Femenino Masculino 23. Fecha de nacimiento: Dirección: D D M M A A A A

Municipio/Distrito: Zona Urbana Rural 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

B1	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B2				
B3				
B4				
B5				

25. Tipo de doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Correo electrónico
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: F N M Condición: T P 33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)

B1			Tipo: F N M Condición: T P	
B2			Tipo: F N M Condición: T P	
B3			Tipo: F N M Condición: T P	
B4			Tipo: F N M Condición: T P	
B5			Tipo: F N M Condición: T P	

32. Datos de residencia Dirección: Zona: Municipio / Distrito: Departamento: Teléfono fijo: Celular:

B1		U R			
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		
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: UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF 36. Tipo de doc: NIT 37. Número de documento de identificación: 901677020 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS):

39. Ubicación Dirección: Teléfono: Correo electrónico: Municipio/Distrito: Departamento:

KM 4 + 700 MTS RIO FRIO PARRQUE ZIMURA 7008150 UTFILIACIONES@GMAIL.COM FLORIDABLANCA SANTANDER

- 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

PÁGINA 2 DE 2

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 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.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

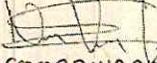
41. Datos básicos de identificación

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
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	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 intencionalidad 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

<p><u>Joshua Machacon.</u></p> <p>54. El cotizante o cabeza de familia</p>	<p> COORDINADOR D.H.</p> <p>55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio</p>	<p>Código Asesor</p>
--	--	----------------------

IX. ANEXOS

<p>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 <input type="checkbox"/> Total <input type="text"/></p> <p>57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente</p> <p>58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.</p> <p>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.</p> <p>60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.</p> <p>61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.</p> <p>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.</p> <p>63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.</p> <p>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.</p>	<p>ÁREA EXCLUSIVA SELLO O STICKER</p>
--	---------------------------------------

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	71. Firma del funcionario		

OBSERVACIONES:

- ORIGINAL -