

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

EPS | **sura**

No. U

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 ☒ B. Reporte de Novedades ☐		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ Beneficiario o afiliado adicional ☐		B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐		D. Oficio ☐	
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						

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)		6. Apellidos y nombres		7. Tipo de doc	
Primer apellido MARTINEZ	Segundo apellido BONFANTE	Primer nombre MARIA	Segundo nombre ELENA	CC	
8. Número del documento de identidad 1193381312	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 2 2 0 1 2 0 0 0	Estado civil SOLTERA	EPS anterior CAJACOPI	

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 SURA		16. Administradora de Pensiones PORVENIR		17. Ingreso base de cotización -IBC 1.300.000			
18. Residencia Dirección Calles 3 sur carrera 81 b 60 (interior 124) Belén rincón		Teléfono fijo		Teléfono Celular 3028115502		Correo electrónico bonfante martinez@gmail.com	
Municipio/Distrito MEDELLIN		Zona Urbana ☒ Rural ☐		Localidad/Comuna		Departamento ANTIOQUIA	

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 ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A		Dirección	
Municipio/Distrito	Zona Urbana ☐ Rural ☐	Departamento		Código IPS (a registrar por la EPS)	

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

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de doc		26. Número de documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento		Correo electrónico	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre								
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipc ☐ F ☐ N ☐ M Condición ☐ T ☐ P		33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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					

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)	
UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF		NIT		901677020			

39. Ubicación		Dirección		Teléfono		Correo electrónico		Municipio/Distrito		Departamento	
KM 4 + 700 MTS RIO FRIO PARRQUE ZIMURA		7008150		UTAFILIACIONES@GMAIL.COM		FLORIDABLANCA		SANTANDER			

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 <input type="text"/>
☐ 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	Femenino Masculino	Fecha de nacimiento		42. Fecha																			
				D	D	M	M	A	A	A	A	2	2	M	0	M	1	A	2	A	0	A	2	A	4
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones																					
		Código																							

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 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

Maria Elena
Martinez

UNION TEMPORAL
OUTSOURCING
GIAF
NIT. 901.677.020-1

Código Asesor

COORDINADOR RECURSO HUMANO

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|----------------------|
| ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: | Cantidad: | CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | Total | <input type="text"/> |
| ☐ 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														
Primer apellido																				
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		71. Firma del funcionario																