

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 14807092**

Fecha de radicación **2 | 6 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 4** PÁGINA 1 DE 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite 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 checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> D. Oficio <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. Afiliado <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>			5. Código Tipo Cotizante (Ver tabla de Códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento) 1 Dependiente		Código Tipo de Pensionado

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE AFILIACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)				6. Apellidos y Nombres		7. Tipo de doc.			
Primer apellido MARTINEZ		Segundo apellido AGUILAR		Primer nombre NEYDIS		Segundo nombre NOHELIS		P T	
8. Número del documento de identidad 4 9 2 8 4 0 3		9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		10. Fecha de Nacimiento 0 3 0 4 A 1 9 8 9		Estado Civil Soltero (a)		EPS Anterior	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS				Datos Personales		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
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		15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones PORVENIR		17. Ingreso base de cotización-IBC 1,300,000	
18. Residencia Dirección CRA 18C# CALLE 56# 02		Teléfono fijo		Teléfono Celular 3014393301		Correo electrónico SINCORREO@GMAIL.COM			
Municipio/Distrito MEDELLIN		Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad/Comuna CENTRO		Departamento ANTIOQUIA		Código de la IPS 2760	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR				Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizant							
19. Apellidos y Nombres Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre		20. Tipo de doc			
21. Número de documento de identidad		9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		10. Fecha de Nacimiento D D M M A A A A A		Dirección					
Municipio/Distrito		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Departamento		Código de la IPS		Teléfono fijo		Teléfono Celular	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales				24. Apellidos y Nombres							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre					
B 1											
B 2											
B 3											
B 4											

25. Tipo de doc		26. Número de documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento				Correo electrónico	
B 1						D D M M A A A A A					
B 2						D D M M A A A A A					
B 3						D D M M A A A A A					
B 4						D D M M A A A A A					

Datos complementarios		29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad				33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B 1						Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P					
B 2						Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P					
B 3						Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P					
B 4						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	
B 1				U R									
B 2				U R									
B 3				U R									
B 4				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 le EPS)					
B 1																	
B 2																	
B 3																	
B 4																	

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 N I		37. Número de documento de identificación 9 0 1 6 7 7 0 2 0		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)			
39. Ubicación Dirección KM 4 # 0 PARQUE INDUSTRIAL ZIMURA ANILL			Teléfono			Correo Electrónico GERENTEUTGIAF@GMAIL.COM;MALMEIDA@SUR			Municipio/Distrito FLORIDABLANCA		Departamento 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 14807092**

Fecha de radicación: 2 | 6 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 4
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 pérdida 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 documento	Número del documento de identidad	Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento		42. Fecha	
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 intencación 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 se puede consultar en www.epssura.com e igualmente para adelantar los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en la 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 de Oficio	11016019 Código Asesor
--------------------------------------	---	---------------------------

IX. ANEXOS

- 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
Cantidad: 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 PARA SELLO O ESTICKER

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				69. Fecha de validación			
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer apellido Segundo apellido		Primer nombre			Segundo nombre				71. Firma del funcionario			

OBSERVACIONES: