

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)

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|---------------------------------------|------------------------------------|--|--|
| 1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS) A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/> | | 2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> | | B. Colectiva <input type="checkbox"/> | D. Oficio <input type="checkbox"/> | 3. Régimen A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/> | |
| 4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input 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 | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | | |
| 8. Número del 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 | Estado civil | EPS anterior | |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

| | | | | | |
|---|---|---|------------------|---|---------------------------------|
| 11. Etnia | | 12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> | | 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 | | Segundo nombre | |
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

| | | | | |
|-----------------|--------------------------------------|----------|--|--------------------|
| 25. Tipo de doc | 26. Número de documento de identidad | 27. Sexo | 28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A | Correo electrónico |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------------|--|----------------|-----------|---|--|--|
| Datos complementarios | | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> | | 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 | | | | | |

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 | |

- ORIGINAL -

VEJILADO Supersalud

**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

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

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 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 | | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio | | Código Asesor | |
| IX. ANEXOS | | 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"/> | | ÁREA EXCLUSIVA SELLO O STICKER | |
| 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: <input type="checkbox"/> 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. | | | | | |

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 | | 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

- ORIGINAL -