FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT 800.088.702-2

No. U 17317040 | Fecha de Radicación (a registrar por la EPS) 30 01 2019 | PÁGINA 1 DE 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS): A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] Beneficiario o afiliado adicional [ ] | B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] | D. Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento): 3
Código Tipo de Pensionado:

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	7. Tipo de doc
Vargas	Ordoñez	Ingrid	Vanessa	CC

8. Número del documento de identidad: 1107062347
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 23 03 1994
Estado civil: Soltero
EPS anterior: Univalle

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

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:
16. Administradora de Pensiones:
17. Ingreso base de cotización -IBC: 828.116
18. Residencia Dirección: Calle 49 # 4Ac-12
Teléfono fijo: — , —
Teléfono Célular: 3128558206
Correo electrónico: vanessa04191@hotmail.com
Municipio/Distrito: Cali
Zona: Urbana [X] Rural [ ]
Localidad/Comuna: Mariano Ramos
Departamento: Valle del Cauca
Código de la IPS (a registrar por la EPS): 2703

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres 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: D D M M A A A A
Dirección:
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

	Primer apellido	Segundo apellido	24. Apellidos y nombres 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	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	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 U R	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

- COPIA -

- AFILIADO -

VIGILADO 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

EPS sura

No. U 17317040

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 correción 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
- [x] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [x] 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	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
		Femenino [ ] Masculino [ ]		

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
Univalle	Código 1	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [x] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [x] 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.
- [x] 49. Declaración de no intenación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 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.
- [x] 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.
- [x] 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.
- [x] 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 deOficio	Código Asesor
		213010

IX. ANEXOS

Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Total [ ]

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad:
- [ ] 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 públicao 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.

EPS | sura
ÁREA EXCLUSIVA SELLO O STICKER
30 ENE 2019
RECIBIDO

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				71. Firma del funcionario
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad			

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

- AFILIADO -

- COPIA -