# 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 26052197

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 [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] D. Oficio [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]

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 — 3 INDEPENDIENTE

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 |
|---|---|---|---|---|
| HERRERA | LARA | DANIELA | | CC |

| 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento | Estado civil | EPS anterior |
|---|---|---|---|---|
| 1115081252 | Femenino [X] Masculino [ ] | 0 3 1 2 1 9 9 3 | SOLTERO (A) | |

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

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

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización -IBC |
|---|---|---|
| | PORVENIR | 1,000,000 |

| 18. Residencia Dirección | Teléfono fijo | Teléfono Célular | Correo electrónico |
|---|---|---|---|
| CR 53 # 12 A - 63 | 2362928 | 3158067565 | PLANSEGURO2012@HOTMAIL.COM |

| Municipio/Distrito | Zona | Localidad/Comuna | Departamento | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|
| CALI | Urbana [X] Rural [ ] | | VALLE DEL CAUCA | 161476 CHRISTUS SINERGIA |

### 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 | 23. Fecha de nacimiento | Dirección |
|---|---|---|---|
| | Femenino [ ] Masculino [ ] | | |

| Municipio/Distrito | Zona | Departamento | Código IPS (a registrar por la EPS) | Teléfono fijo | Teléfono Celular |
|---|---|---|---|---|---|
| | Urbana [ ] Rural [ ] | | | | |

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 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

| 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 | 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 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

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 26052197



## 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
- [ ] 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 | Fecha de nacimiento | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A | D D M M A A A A |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|
| | [ ] | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 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.
- [ ] 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 |
|---|---|---|
| Daniela Herrera | | |

## IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] 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 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.

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 | | | |
|---|---|---|---|
| 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

EPS

sura

**Señor Afiliado:**
Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superindencia Nacional de Salud, le solicitamos responder las siguientes preguntas de acuerdo con la lectura previa que usted realizó de la carta de desempeño y derechos y deberes en la cartilla física o cartilla publicada en la página web de **EPS SURA**:

| | |
|---|---|
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? | SI |
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? (Ver página 150 de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado) | SI |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado? | SI |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? | SI |
| ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? | SI |

Nombre: DANIELA HERRERA LARA

Cédula: CC1115081252

Firma: Daniela Herrera

VIGILADO Supersalud

Este documento fue generado con la información registrada el 21/10/2022 08:04:15 para efectos del formulario de afiliación.