

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 26768847

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 ☐ D. Oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
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) 59 INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE	Código Tipo de Pensionado

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Primer apellido OLARTE Segundo apellido CHARA Primer nombre BRAYAN Segundo nombre ANDRES	7. Tipo de doc CC			
8. Número del documento de identidad 1112231059	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 2 7 0 3 1 9 9 8	Estado civil SOLTERO (A)	EPS anterior

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	16. Administradora de Pensiones ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PE	17. Ingreso base de cotización -IBC 3.000.000	
18. Residencia Dirección CALLE 5 11-20 Municipio/Distrito PALMIRA	Teléfono fijo Teléfono Celular 3148775595	Correo electrónico BOLARTECHARA@GMAIL.COM	Código de la IPS (a registrar por la EPS) 2759 GESENCRO IPS BASICA PAL

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	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

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

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo 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 U R Municipio / Distrito Departamento Teléfono fijo Celular	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)
39. Ubicación Dirección Teléfono Correo electrónico Municipio/Distrito Departamento			

39. Ubicación Dirección Teléfono Correo electrónico Municipio/Distrito Departamento			
--	--	--	--

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 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.

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	D	D	M	M	A	A	A	A
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	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o deOficio	Código Asesor
--------------------------------------	--	---------------

IX. ANEXOS

☐ 56.	Anexo copia del documento de identidad:	Cantidad:	☐	CN	☐	RC	☐	TI	☐	CC	☐	PA	☐	CE	☐	CD	☐	SC	Total	<input style="width: 100px;" 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 público(a) 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 SISBEN			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

Señor Afiliado:

Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superintendencia 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: BRAYAN ANDRES OLARTE CHARA

Cédula: CC1112231059

Firma: 