

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. U24690252

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)		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación ☐	B. Reporte de Novedades ☒	A. Individual	Cotizante o Cabeza de Familia ☒ Beneficiario o afiliado adicional ☐	B. Colectiva ☐	D. Oficio ☐
4. Tipo de afiliado		5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento)		6. Apellidos y nombres	
A. Cotizante ☒	B. Cabeza de familia ☐	C. Beneficiario ☐	1	Código Tipo de Pensionado	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

(del cotizante o cabeza de familia)		7. Tipo de doc	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Bonilla		Miguel	Angel
8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado civil
11276717	Femenino ☐ Masculino ☒	24/09/1985	CC

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

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			
Colpatria		protección		1300.000			
18. Residencia		Teléfono fijo		Teléfono Celular		Correo electrónico	
Calle 6 N. 33-21				3209852256		miguelangel1985024@gmail.com	
Municipio/Distrito		Zona Urbana ☐ Rural ☒		Localidad/Comuna		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
Zipaquira				Cundinamarca			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres		Dato básico 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		23. Fecha de nacimiento		Dirección	
		Femenino ☐ Masculino ☐		D D M M A A A A			
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		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		Correo electrónico	
						D D M M A A A A			
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			

Dato complementario		29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)	
						Tipo F N M Condición T P			
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)	
Aseonas La Maya		Nit		901670495-4			
39. Ubicación		Dirección		Teléfono		Correo electrónico	
Tg est # 3-03				3204724488		aseonaslamaya@gmail.com	
						Municipio/Distrito	
						Departamento	
						Cundinamarca	

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. U24690252

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 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 Femenino ☐

Masculino ☐

Fecha de nacimiento

42. Fecha

D D M M A A A A 1 1 0 7 2 0 2 4

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.
☐ 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

MIGUELA BOMILA

SERVICIOS Y ASESORIAS
LA MAYA SAS

55. El empleador, aportando la entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

Código Asesor

54. El cotizante o cabeza de familia

NIT. 901.670.495-4

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 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
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 A A D D M M A A 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