

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 27237767

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS)
D | D | M | M | A | A | A | A

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 ☒ B. Colectiva ☐ D. Oficio ☐ Beneficiario o afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	4. Contribución solidaria Sí ☐ No ☐
5. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	6. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento) 3 3 INDEPENDIENTE		7. Código Tipo de Pensionado

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)				8. Apellidos y nombres		9. Tipo de doc CC	
Primer apellido VELANDIA		Segundo apellido VEGA		Primer nombre ALBERTO			Segundo nombre
10. Número del documento de identidad 79655648	11. Sexo biológico F ☐ M ☒	12. Sexo identificación Masculino		13. Nacionalidad COL	14. Lugar de nacimiento País COL Departamento Municipio		
15. Fecha de nacimiento 0 1 1 1 9 7 3				Estado civil SOLTERO (A) EPS anterior			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales		18. Discapacidad Sí ☐ No ☒ Categoría	20. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	21. Grupo de población especial
16. Etnia	17. Comunidad	19. Tiene encuesta SISBÉN Sí ☐ No ☐		
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones PORVENIR	24. Ingreso base de cotización - IBC 1,423.500	
		25. Tarifa Contribución Solidaria		
26. Residencia Dirección CR 49 A # 100 CC SUR - 79		Teléfono fijo 3168323144		Correo electrónico ALVELANDIAVEGA@OUTLOOK.ES
Municipio/Distrito LA ESTRELLA		Zona Cabecera municipal ☒ Rural disperso ☐ Centro poblado ☐ Resto rural ☐	Localidad/Comuna ANTIOQUIA	Código de la IPS (a registrar por la EPS) 2704 CIS COMFAMA LA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante				28. Tipo de doc
27. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre				
29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico F ☐ M ☐	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio
34. Fecha de nacimiento D D M M A A A A		Dirección Municipio/Distrito		
Zona Cabecera municipal ☐ Rural disperso ☐ Centro poblado ☐ Resto 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		35. Apellidos y nombres Primer nombre Segundo nombre	
Primer apellido Segundo apellido			
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

36. Tipo de doc	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino Masculino	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio			42. Fecha de nacimiento D D M M A A A A			
B1			X								
B2											
B3											
B4											
B5											

Datos complementarios		46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN Sí No	48. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	49. Discapacidad Sí No Categoría	50. Discapacidad permanente Sí No
43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad			X	
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

51. Datos de residencia		Departamento	Municipio / Distrito	Zona CM CP RD RR	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Dirección		Localidad / Comuna		Correo electrónico	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS				54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)			
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO					
55. Nombre o razón social		56. Tipo de doc	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	

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

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 27237767

PÁGINA 2 DE 2

B. REPORTE DE NOVEDADES 60. 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. Reporte de pago a través de un tercero.
 Código
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD										61. Datos básicos de identificación														
Primer apellido					Segundo apellido					Primer nombre					Segundo nombre									
Tipo de doc		Número del documento de identidad			62. Sexo biológico		63. Sexo identificación			64. Fecha de nacimiento					65. EPS anterior									
					F ☐ M ☐					D D M M A A A A					D D M M A A A A									
66. Fecha de novedad										67. Motivo de traslado					68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones									
D D M M A A A A										Código <input type="text"/>														

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
☒ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
☒ 72. Declaración de no intención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
☒ 73. 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.
☒ 74. 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.
☒ 75. 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.
☒ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.
☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del SISBEN vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio	Código Asesor
Alberto Velandia		

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad:

CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

 Total
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
☐ 85. 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.
☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
☐ 88. 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.
☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 91. 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

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del Municipio	Código del departamento	93. Nombre de la institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres		Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Primer apellido				
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	
96. Fecha de radicación		97. Fecha de validación		
D D M M A A A A		D D M M A A A A		

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: ALBERTO VELANDIA VEGA

Cédula: CC79655648

Firma:

Alberto
Velandia

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ALBERTO VELANDIA VEGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.655.648**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Febrero del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.