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

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800088702-2

No. U 14831222

Fecha de radicación: D0 D2 M0 M2 A2 0 2A 6 | PÁGINA 1 DE 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Tramite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

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. Afiliado [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Código Tipo Cotizante (Ver tabla de Códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento): 1 Independiente

Código Tipo de Pensionado:

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

6. Apellidos y Nombres				7. Tipo de doc.
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
CASTAÑO	MEZA	ANDRES	CAMILO	C C

8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento	Estado Civil	EPS Anterior
1.004.500.043	Femenino [X] Masculino [ ]	D2 D8 0M 4M A2 A0 0A 2A	Soltero	

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
		$1.750.905

18. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CL 26 B # 18 A - 74 AP 304		3024633001	andresaccm@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS
Santa Marta	Urbana [X] Rural [ ]	CENTRO	Magdalena	119950

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizant

19. Apellidos y Nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	20. Tipo de doc

21. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento	Dirección
	Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	

Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Código de la IPS	Teléfono fijo	Teléfono Celular
	Urbana [ ] Rural [ ]				

Datos básicos de identificacón de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y Nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B 1				
B 2				
B 3				
B 4				

	25. Tipo de doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Correo electrónico
B 1				D D M M A A A A	
B 2				D D M M A A A A	
B 3				D D M M A A A A	
B 4				D D M M A A A A	

Datos complementarios	29. Parentesco	30. Etinia	31. Discapacidad	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B 1			Tipo F N M Condición T P	
B 2			Tipo F N M Condición T P	
B 3			Tipo F N M Condición T P	
B 4			Tipo F N M Condición T P	

32. Datos de residencia	Dirección	Zona	Municipio / Distrito	Departamento	Télefono fijo	Celular
B 1		U R				
B 2		U R				
B 3		U R				
B 4		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 le EPS)
B 1		
B 2		
B 3		
B 4		

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)
ANDRES CAMILO CASTAÑO MEZA	CC	1004500043	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CL 26 B # 18 A - 74 AP 304	3024633001	andresaccm@gmail.com	SANTA MARTA	MAGDALENA

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

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800088702-2

No. U 14831222

Fecha de radicación: D0 D2 M0 M2 A0 A2 A6

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 pérdida 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: [X] 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 documento	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de Nacimiento	**42. Fecha**
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D1 D0 M0 M2 A2 A0 A2 A6

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

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 intenación 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 se puede consultar en www.epssura.com e igualmente para adelantar los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en la 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 de Oficio**	91795 **Código Asesor**

IX. ANEXOS

- [X] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [1] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] **Cantidad:** **Total** 1
- [ ] 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 edclare 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 PARA SELLO O ESTICKER

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