

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 26212972

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 <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> D. Oficio <input type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/>		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>			5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento) 3 INDEPENDIENTE		Código Tipo de Pensionado <input type="text"/>

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres		7. Tipo de doc	
Primer apellido MOLINA	Segundo apellido CASALLAS	Primer nombre PAULA	Segundo nombre STEFANIE
8. Número del documento de identidad 1018429633		9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 2 5 0 9 1 9 8 9
		11. Estado civil SOLTERO (A)	12. EPS anterior EPS008_CAJA DE

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones PROTECCION		17. Ingreso base de cotización -IBC 4,000,000			
18. Residencia Dirección CL 140 # 11 - 63		Teléfono fijo		Teléfono Célular 3214528330		Correo electrónico PAULAMOCASALLAS@HOTMAIL.COM	
Municipio/Distrito BOGOTA D.C.		Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad/Comuna DISTRITO CAPITAL		Departamento Código de la IPS (a registrar por la EPS) 2687 IPS COLSUBSIDIO SURA	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres		20. Tipo de doc	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
21. Número del documento de identidad		22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento
Municipio/Distrito		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	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		25. Tipo de doc		26. Número de documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento		29. Correo electrónico	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre								
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

30. Etnia		31. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P		32. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)	
Dirección	Zona U R	Municipio / Distrito	Departamento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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	
---------------	--	-----------	--	----------	--	--------------------	--	--------------------	--	--------------	--

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 26212972

PÁGINA 2 DE 2

B. REPORTE DE NOVEDADES 40. Tipo de Novedad

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
Código <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
<input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de las condiciones para cotizar. | <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado
<input checked="" type="checkbox"/> 14. Traslado: <input checked="" type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.
<input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
<input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento
		42. Fecha	
		D D M M A A A A	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado	
EPS008_CAJA DE		Código 1	
		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 intencación 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		Código Asesor
54. El cotizante o cabeza de familia		
55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio		

- IX. ANEXOS
- | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: | CN <input type="checkbox"/> | RC <input type="checkbox"/> | TI <input type="checkbox"/> | CC <input type="checkbox"/> | PA <input type="checkbox"/> | CE <input type="checkbox"/> | CD <input type="checkbox"/> | SC <input type="checkbox"/> | Total <input 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 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.

AREA EXCLUSIVA SELLO O STICKER

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL			
66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN	
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje
		Nivel	
		68. Fecha de radicación	
		69. Fecha de validación	
		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: PAULA STEFANIE MOLINA CASALLAS

Cédula: CC1018429633

Firma:

