

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

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS)

D | D | M | M | A | A | A | A

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS) A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>		B. Colectiva <input type="checkbox"/>	D. Oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input 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)			Código Tipo de Pensionado	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)		6. Apellidos y nombres			7. Tipo de doc
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre		
8. Número del documento de identidad	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A	Estado civil	EPS anterior	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización -IBC	
18. Residencia Dirección		Teléfono fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico	
Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS (a registrar por la EPS)	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres				Datos básicos 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 Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A	Dirección			
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		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 D   D   M   M   A   A   A   A	Correo electrónico
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios		29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

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

- ORIGINAL -

VEJILADO Supersalud

**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**

PÁGINA 2 DE 2

**B. REPORTE DE NOVEDADES** 40. Tipo de Novedad

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.<br><input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.<br><input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS.<br>Código <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.<br><input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.<br><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.<br><input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado<br><input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen<br><input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.<br><input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante.<br><input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.<br><input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado. |
|---|--|

**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

41. Datos básicos de identificación		Primer nombre		Segundo nombre	
Primer apellido		Segundo apellido			
Tipo de doc		Número del documento de identidad		Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	
		Fecha de nacimiento		42. Fecha	
		D   D   M   M   A   A   A   A		D   D   M   M   A   A   A   A	

**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](http://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 de Oficio		Código Asesor	
IX. ANEXOS		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"/>		ÁREA EXCLUSIVA SELLO O STICKER	
56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: <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.					

**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

- ORIGINAL -