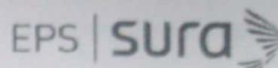


FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2



No. U14176429

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS) 27/11/2018

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 Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☐ D. Oficio ☐
A. Individual Beneficiario o afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐ 3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ 5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento) 3 Código Tipo de Pensionado

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)
6. Apellidos y nombres
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre
Ramírez Salazar Daniel Leonardo
7. Tipo de doc C. C

8. Número del documento de identidad 1088334389 9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒ 10. Fecha de nacimiento 04/04/1996 Estado civil Soltero EPS anterior SURA

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales
11. Etnia 12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P 13. Puntaje SISBÉN 14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Colpensiones 16. Administradora de Pensiones 17. Ingreso base de cotización -IBC 782.000

18. Residencia Dirección Carrera 1 bis número 16-56 Teléfono fijo 3423571 Teléfono Celular 3113013546 Correo electrónico danielramirezsalazar22@gmail.com
Municipio/Distrito Zona Urbana ☒ Rural ☐ Localidad/Comuna Departamento Risaralda Código de la IPS (a registrar por la EPS) 2671

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
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre 20. Tipo de doc

21. Número del documento de identidad 22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐ 23. Fecha de nacimiento Dirección
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
Primer apellido Segundo apellido 24. Apellidos y nombres 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
B1 B2 B3 B4 B5

Datos complementarios 29. Parentesco 30. Etnia 31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P 33. Valor de la UIPC (a registrar por la EPS)
B1 B2 B3 B4 B5

32. Datos de residencia Dirección Zona Municipio / Distrito Departamento Teléfono fijo Celular
B1 B2 B3 B4 B5

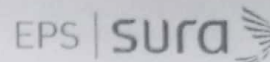
34. Selección de la IPS Primaria Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1 B2 B3 B4 B5

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 electrónica 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. U14176429

PAGINA 2 DE 2

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación | <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación | <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad | <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios | <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B Régimen Subsidiado |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS | <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B Diferente Régimen |
| Código: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento |
| <input checked="" type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS | <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de las condiciones para cotizar | |

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido		41. Datos básicos de identificación		Primer nombre		Segundo nombre	
Segundo apellido							
Tipo de doc	Número del documento de identidad	Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento	42. Fecha		
					27/12/2018		
43. EPS anterior Sura		44. Motivo de traslado Código: <input type="text"/>		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 contratados 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 Avisor

IX. ANEXOS

- ☒ 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: CN RC TI CC PA CE CD SC 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 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 SISBEN		68. Fecha de radicación	
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	
70. Datos del funcionario que realiza la validación		71. Firma del funcionario			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre		
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad			

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

EPS SURA

49030

Código Avisor

¡ÉXITO!

REPRESENTANTE LEGAL

INFORME MEDIANTE

NIT. 800 903 407 9

Almacén ÉXITO PEREIRA

Cod. Oficina 4099

SEGUROS ÉXITO