

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)

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 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"/> C. Institucional <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		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		25. Tipo de doc	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A	29. Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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 -

Vigilado Superintendencia de Salud

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.<br><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.<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<br><input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado<br><input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen<br><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 apellido		Segundo apellido		Primer nombre				Segundo nombre											
Tipo de doc	Número del documento de identidad	Sexo	Femenino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento				42. Fecha											
		Masculino	<input type="checkbox"/>	D	D	M	M	A	A	A	A	D	D	M	M	A	A	A	A
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado				45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones													
		Código <input type="text"/>																	

**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. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- 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 deOficio	Código Asesor
--------------------------------------	--	---------------

**IX. ANEXOS**

56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: CN  RC  TI  CC  PA  CE  CD  SC  Total
- 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.

ÁREA  
EXCLUSIVA  
SELLO O  
STICKER

**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

- AFILIADO -

- COPIA -