

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT 800 088 702-2

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
 - ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
 - ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
 - ☐ 4. Actualización y corrección 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 adquisición 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: ☐ 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.

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de doc Número del documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento D D M M A A A A		42. Fecha D D M M A A A A			
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

- ☐ 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 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.

54. El cotizante o cabeza de familia	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o deOficio	Código Asesor
--------------------------------------	--	---------------

☐	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

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: