

DILIGENCIE ESTE FORMULARIO A MÁQUINA O LETRA IMPRENTA CON LA CERCA NEGRO. LEA LAS INSTRUCCIONES QUE SE ENCUENTRA AL RESPALDO ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES A LA EPS

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A

NIT. 800.088.702-2

DISTRIBUCIÓN GRATUITA
PROHIBIDA SU VENTA

TRÁMITE A REALIZAR

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

No.9122213

Campo exclusivo para EPS SURA

Trabajador dependiente ☐	Trabajador independiente o contratista ☐	Pensionado o jubilado ☐	Agrupadora o afiliación ☐	Madre comunitaria ☐	Aprendiz ☐	Unificación de grupo familiar ☐	Novedades del grupo familiar ☐	Fecha de radicación	DD MM AAAA
CLASE DE AFILIACIÓN		Vinculación primera vez al sistema ☐	Reingreso régimen contributivo ☐	Traslado de otra EPS ☐	TIPO DE AFILIACIÓN: INDIVIDUAL ☐ COLECTIVA ☐		Fecha de afiliación al Sistema		

I. INFORMACIÓN DEL COTIZANTE O BENEFICIARIO COTIZANTE

Primer apellido <u>Saldamaga</u>	Segundo apellido <u>Soto</u>	Primer nombre <u>Novia</u>	Segundo nombre <u>Alberto</u>
Tipo doc <u>C.C.</u>	No. de documento <u>1128276382</u>	Fecha de nacimiento <u>DD MM AAAA 06/12/1988</u>	Sexo Femenino ☐ Masculino ☒
¿Estado afiliado en los últimos meses en alguna EPS? SI ☐ No ☐	Si la anterior respuesta es afirmativa ¿Actualmente se encuentra afiliado en alguna EPS? SI ☐ No ☐		EPS de la que viene trasladado
Dirección de la residencia <u>Cv. 89c#29-50</u>	Zona U ☐ R ☐	Barrio residencia <u>Belen Villa Cape</u>	Municipio residencia <u>Hedellin</u>
Teléfono de residencia	Celular personal	Departamento residencia <u>Antioquia</u>	
Nombre de la AFP	IPS elegida <u>2660</u>	INFORMACIÓN EXCLUSIVA MADRE COMUNITARIA	Base de cotización \$
		Valor de la cotización mensual \$	

II. INFORMACIÓN DEL APORTANTE

Tipo doc <u>NT</u>	No. de documento <u>BM010525</u>	DV <u>1</u>	Nombre o razón social <u>Rutas Verde y Blanco</u>
Dirección sucursal <u>Cv. 69 # 78-306</u>	Ciudad sucursal <u>Hedellin</u>	Teléfono sucursal <u>4444265</u>	Nombre de la ARP <u>Positiva</u>
Fecha de ingreso a la empresa <u>30/07/2013</u>	Tipo de salario Integral ☐ Fijo ☒ Variable ☐	Cargo desempeñado <u>Conductor</u>	Salario base \$ <u>589.500</u>
			Entidad agrupadora o afiliación SI ☐ No ☐

III. INFORMACIÓN EXCLUSIVA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA (No diligencie los espacios sombreados, son de uso exclusivo de EPS SURA)

Vivienda 1 2 3 ☐ ☐ ☐	Zona U R ☐ ☐	Nivel educativo 0 1 2 3 4 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Último año aprobado 1 2 3 4 5 6 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Posición ocupacional	Patrón o empleador ☐	Tamaño empresa 1 2 a 9 10 ó más ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Productor agropecuario SI ☐ NO ☐
Municipio donde desarrolla su actividad		Departamento		Dirección del lugar de trabajo	Teléfono del lugar de trabajo		
Nombre de la AFP	Base de cotización \$	Valor de cotización mensual \$	Ingreso RP	Información exclusiva contratista	Inicio contrato 30 JUL 2013	Fin contrato	

IV. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD PENSIONADORA

Tipo doc	Número de documento de la entidad pensionadora	Entidad que tiene a cargo su pensión/jubilación	Valor mesada pensional \$	Tipo de pensionado 1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
----------	--	---	------------------------------	---

V. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS - NOVEDADES DEL COTIZANTE Y/O BENEFICIARIOS

(Identifique por el código, la novedad a realizar y ubíquelo en la casilla código de la novedad del cotizante o beneficiario)

CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

1. Ingreso de beneficiario	2. Modificación información general	3. Cambio de tipo y/o No. documento	4. Cambio de IPS	5. Retiro de beneficiario	6. Retiro por fallecimiento
----------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	------------------	---------------------------	-----------------------------

INFORMACIÓN COTIZANTE

ÁREA
EXCLUSIVA
SELLO O
STICKER

Tipo doc: Número de documento

Nombre completo del cotizante

Afiliado	Tipo de documento	Número de documento	Nombre completo del cotizante y/o beneficiarios				Código de la novedad	EPS de la que viene trasladado el beneficiario	Sexo	Fecha de nacimiento			Cotiza
			Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre				DD	MM	AAAA	
1										DD	MM	AAAA	
2										DD	MM	AAAA	
3										DD	MM	AAAA	
4										DD	MM	AAAA	
5										DD	MM	AAAA	

Afiliado	Código IPS	Dirección de la residencia	Zona	Barrio residencia	Municipio residencia	Departamento residencia	Teléfono residencia	Parentesco	Estado civil	Estudiante	Paga UPC adicional	Discapac.
1			U	R								
2			U	R								
3			U	R								
4			U	R								
5			U	R								

VI. INFORMACIÓN GENERAL

Sucursal

Asesor

Autorizo a EPS SURA para que solicite, verifique, procese, administre, archive, reporte, suministre o actualice la información que se encuentre contenida o tenga relación directa con lo manifestado en el presente formulario. Adicionalmente, autorizo expresamente para que se compare y reciba información mía y de mis beneficiarios. Incluida la asociada con la huella dactilar, con entidades que pertenezcan a su mismo grupo económico y mediando cláusulas de confidencialidad con cualquier entidad o compañía externa para efectos de ampliar las coberturas de sus productos y servicios, implementar servicios compartidos y adelantar alianzas estratégicas de negocios. Finalmente el afiliado se obliga y asume la responsabilidad del cumplimiento de todas sus obligaciones y en especial la realización de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral. Como constancia de haber leído, entendido y aceptado los términos, firmo el presente documento.

10/12/12
61128.276.382

Firma trabajador, documento de identidad

RUTAS
H. J. BLANCO S.A.
RUTAS VIEJA Y BLANCO S.A.

Firma empleador/entidad pensionadora, sellos autorizados

VI. DOCUMENTOS RECIBIDOS CON EL FORMULARIO (Campos exclusivos para EPS SURA)

Observaciones

	Documento de identidad	RC para acreditar parentesco	Registro civil de matrimonio	Certificado de estudios	Certificado de discapacidad	Certificado de supervivencia	Certificado de defunción	Declaración de convivencia	Dependencia económica	Carta entidad pensionadora	Resolución de la pensión	Mesada pensional	Tipo de documento	Tipo de documento	Certificado EPS anterior	Antigüedad EPS anterior	Convenio de asociación
B0																	
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	
Otros anexos																	

Urgencias desde:

Cobertura integral desde:

Realizar primer paso a EPS SURA en el mes de:

TENGA PRESENTE LA FECHA LÍMITE DE PAGO MENSUAL

Limpiar Imprimir Siguiente

Autorización coordinadora operativa

Fecha límite autorizada

DDMMAAAA