

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 900 088 702 2

No. U/3054319 Fecha de Radicación (a registrar por la EPS) 19/09/2017

I DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS)
 A. Afiliación B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación
 A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva D. Oficio
 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):
 Código Tipo de Pensionado

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres
 Primer nombre: **John** Segundo nombre: **Mario**

7. Tipo de documento: **C.C.**

8. Número del documento de identidad: **1017191722**

9. Sexo: Femenino Masculino

10. Fecha de nacimiento: **08/05/1991**

Estado civil: EPS anterior:

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia

12. Discapacidad: Tipo **F N M** Condición **T P**

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: **Positiva**

16. Administradora de Pensiones: **Proteccion**

17. Ingreso base de cotización -IBC: **1'500.000**

18. Residencia Dirección: **CRUBA #76-14** Teléfono fijo: **3217875224** Teléfono Celular: **3217875224** Correo electrónico:

Municipio/Distrito: **Medellin** Zona Urbana Rural Localidad/Comuna: **Antioquia** Departamento: **Antioquia** Código de la IPS (a registrar por la EPS):

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres
 Primer apellido: Segundo apellido: Primer nombre: Segundo nombre:

20. Tipo de documento:

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		Segundo nombre	
B1	B2	B3	B4	B5	B1	B2	B3

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

Dirección	Zona	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
B1	B2	B3	B4	B5	B1
	U R				
	U R				
	U R				
	U R				
	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

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: **Aoxlab SAS**

36. Tipo de documento: **900567821**

37. Número de documento de identificación: **900567821**

38. Tipo de aportante o pagador: pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación Dirección: **c/1327# dg 74-112** Teléfono: **4447286** Correo electrónico: **gerencia@aoxlab.com** Municipio/Distrito: **Medellin** Departamento: **Antioquia**