

**ACEPTACION DE TERMINOS DE LA AFLIACION ELECTRONICA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y CONOCIMIENTO Y  
ACEPTACION DE LA CARTA DE DESEMPEÑO Y DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EPS SURA**

Yo NOMBRES Y APELLIDOS DEL COTIZANTE, Con tipo y Número de identificación Declaro que conozco y autorizo plenamente los términos, condiciones e información contenida en el formulario de afiliación a EPS SURA.

La presente declaración tiene como finalidad avalar el proceso de afiliación a EPS SURA conforme las reglas consagradas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, dejando constancia que participé activamente en todo el proceso de afiliación y que conozco las consecuencias de suministrar información incorrecta o no verdadera.

Así mismo, me permito responder las siguientes preguntas de acuerdo con la lectura previa que he tenido al diligenciamiento de este formulario, de la carta de desempeño y derechos y deberes en la cartilla publicada en la página web de EPS Sura, la cual estará permanente a mi disposición para su consulta y lectura posteriores. Estas preguntas se respondieron previo diligenciamiento al formulario y acepto que las presento sin ningún tipo de enmendaduras.

- ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?  
SI  NO
- ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? (ver Página 10 de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado)  
SI  NO
- ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?  
SI  NO
- ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?  
SI  NO
- ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?  
SI  NO

**DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

- Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo. Especial o Excepción.
- Declaración de Existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- 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.
- Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
- 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](http://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.
- Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

**FIRMA DE AFILIADO Y EMPRESA. CUANDO EL AFILIADO SELECCIONA A EPS SURA**

Nombre del Cotizante \_\_\_\_\_ Nombre o Razón Social \_\_\_\_\_  
Cédula del Cotizante \_\_\_\_\_ Cédula o Nit \_\_\_\_\_  
Firma del Cotizante \_\_\_\_\_ Firma del Empleador \_\_\_\_\_

**FIRMA EMPRESA. CUANDO AFILIADO NO HA SELECCIONADO NINGUNA EPS**

Teniendo como referencia los artículos 2.1.4.2, 2.1.6.2 y 2.1.6.5 del Decreto 780 de 2016, procedo en mi calidad de\*  
\_\_\_\_\_ a realizar la inscripción en EPS Sura del señor(a)  
\_\_\_\_\_, con documento de identificación \_\_\_\_\_  
teniendo en cuenta que a la fecha él no ha realizado la selección de la EPS.

SEGÚN LA CITADA NORMATIVIDAD, PUEDEN REALIZAR LA AFLIACIÓN OFICIOSA:\* LOS EMPLEADORES, LAS PAGADORAS DE PENSIÓN, LAS CDMISARIAS Y DEFENSORIAS DE FAMILIA O LAS PERSONERIAS MUNICIPALES.

Así mismo, manifiesto que conforme a estas condiciones, me comprometo a darle a conocer al usuario la cartilla de derechos y deberes de la EPS y carta de desempeño, con el fin de dar cumplimiento a la Circular 16 de 2013.

Nombre o Razón Social \_\_\_\_\_  
Cédula o Nit \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_

**CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE SALUD PARA INICIO DE ATENCIÓN ANTICIPADA**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud establece, según Art. 15 de la Res. 5261 del 5 de agosto de 1994, que toda persona que ingrese a una Entidad Promotora de Salud debe diligenciar bajo gravedad de juramento un formulario que contenga sus datos personales y familiares, su condición de salud actual y pasada y la de los familiares que vaya a inscribir, los antecedentes familiares y personales, clínicos, epidemiológicos y toxicológicos.

El siguiente cuestionario pretende conocer mejor la salud de cada uno de nuestros afiliados y poder programar las actividades que contribuyan a mantenerlos sanos. Esta información es absolutamente confidencial y sólo será usada por EPS SURA para beneficio de sus afiliados.

TIPO DE AFILIADO	IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
Cotizante				
Conyuge o compañero				
Beneficiario 1				
Beneficiario 2				
Beneficiario 3				
Beneficiario 4				
Beneficiario 5				

Por favor contestar todas las preguntas para cada uno de los usuarios solicitantes (S: si es afirmativo o N: si es negativo o no aplica y valor numérico para las preguntas 23 y 24); toda respuesta afirmativa requiere la respectiva explicación, de lo contrario el formulario se considera incorrectamente diligenciado. La información del Cotizante corresponde a la columna C. El número con que se identifica el beneficiario en el formulario de afiliación, debe corresponder a cada una de las casillas de la columna "Tipo de afiliado" del presente formato.

No.	PREGUNTA	TIPO DE AFILIADO						
		C	CO	1	2	3	4	5
1	¿Usted es fumador habitual? [consumo regular de tabaco o cigarrillo en los últimos 12 meses]							
2	¿Ha tenido o tiene sobrepeso u obesidad?							
3	¿Está en embarazo actualmente o presenta algún atraso en su período menstrual?							
4	¿Ha tenido alguna enfermedad relacionada con su trabajo u ocupación?							
5	¿Sufre o ha sufrido de hipertensión arterial o presión arterial alta?							
6	¿Sufre o ha sufrido enfermedades del corazón como: arritmias, infarto o ataque cardíaco angina, soplos o enfermedades de las válvulas, trombosis o derrames?							
7	¿Sufre o ha sufrido diabetes mellitus o azúcar en la sangre?							
8	¿Sufre o ha sufrido de problemas renales como: insuficiencia renal crónica, falta de un riñón, cálculos renales, infecciones urinarias frecuentes o diálisis?							
9	¿Sufre o ha sufrido depresión, crisis de pánico, enfermedad bipolar, esquizofrenia, locura?							
10	¿Ha tenido epilepsia o ataques, pérdida del conocimiento, convulsiones, otros problemas neurológicos?							
11	¿Ha recibido o sabe que requiere el trasplante de un órgano como: riñón, médula ósea, córnea, corazón, hígado, otro?							
12	¿Sufre o ha sufrido cáncer?							
13	¿Tiene o ha tenido problemas pulmonares como: asma o asfixia, enfermedad pulmonar obstructiva o EPOC, bronquitis crónica, otra?							
14	¿Tuberculosis o tos con expectoración por más de 15 días en los últimos 3 meses?							
15	¿Sufre o ha sufrido de dolores articulares?							
16	¿Sabe usted si sufre o ha sufrido Problemas con las plaquetas, la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia, sangrados permanentes o ha recibido factores de coagulación?							
17	¿Sabe si está infectado por el virus del VIH o tiene SIDA?							
18	¿Sabe si necesita que le coloquen una prótesis o reemplazo articular de cadera, rodilla, otro?							
19	¿Consumo algún medicamento en forma crónica y/o permanente?							
20	¿Si viene trasladado de otra EPS o del régimen subsidiado, allá le diagnosticaron o le iniciaron el tratamiento de alguna de las enfermedades por las que le hemos preguntado anteriormente?							
21	¿Alguno de sus padres, hermanos o abuelos ha sufrido de cáncer, Diabetes, hipertensión o infarto?							
22	¿Algún familiar cercano (padres, hermanos, abuelos o primos ha sufrido Problemas con las plaquetas, en la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia o ha recibido factores de coagulación?							
23	¿Cuál es su peso?							
24	¿Cuál es su estatura?							
25	¿Consumo licor frecuentemente (una vez por semana)?							
26	¿Usted realiza al menos 30 minutos diarios de actividad física?							

Declaro que la información sobre la condición de salud consignada en este documento es veraz. En consecuencia, cualquier omisión o falsedad que se comprobare al respecto, será considerada como un riesgo para el manejo de nuestra salud y acepto las consecuencias jurídicas que se deriven de dicha omisión y autorizo expresamente a EPS SURA para solicitar y obtener en cualquier momento y de cualquier profesional de la salud y/o centro hospitalario o similar copia de la Historia clínica o información de mi estado de salud así como de los beneficiarios sobre los que ejerzo representación legal.

Firma afiliado cotizante

Número de documento

Autorizo expresamente a EPS SURA para solicitar y obtener en cualquier momento y de cualquier profesional de la salud y/o centro hospitalario o similar copia de la Historia clínica o información de mi estado de salud. [esta autorización la firman los beneficiarios capaces y mayores]

Firma Conyuge o compañero      Firma beneficiario 1      Firma beneficiario 2      Firma beneficiario 3

Firma beneficiario 4      Firma beneficiario 5