Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_2279572

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Ingreso	
Afiliado	CC 1088263143 ERIKA FERNANDA SANTOFIMIO LOAIZA
Tipo de cotizante	59 Independiente con Contrato de Prestación de Servicios Superior a 1 mes
Salario Base	$ 1,423,500
Fecha de ingreso	09/05/2025
Fecha de radicación	09/05/2025 10:08:20 a.m.
Código de Transacción	197962398
Resultado delIngreso	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 05/2025

Fecha de generación 09/05/2025

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ERIKA FERNANDA SANTOFIMIO LOAIZA** identificado con **CC** No. **1088263143**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO.5 - NI. 901542789	**Fecha de inicio de cobertura:** 14/05/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 14/05/2025 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501015148632.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 13 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1088263143
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ERIKA FERNANDA SANTOFIMIO LOAIZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	RIONEGRO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	VEREDEDA LA BODEGA BASE AEREA	TELÉFONO:	3448729
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7969179150**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/04/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1441738024

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 15.200	$ 0	$ 15.200
SUBTOTALES:										**$ 15.200**	**$ 0**	**$ 15.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 11.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.900	$ 0	$ 0	$ 11.900
SUBTOTALES:													**$ 11.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 11.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																			PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD							ARP												
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADOR	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1088263143	SANTOFIMIO LOAIZA ERIKA FERNANDA	INDEPEND		$ 1.423.500				NO	29																230201-PROTECCION	2	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 15.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	2	$ 94.900	$ 11.900	$ 0	$ 11.900			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 27.100

Planilla Pagada

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

EPS | sura

I. DATOS DEL TRÁMITE

No. U 27306399

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS) D D M M A A A A

1. **Tipo de Trámite** (a registrar por la EPS): A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. **Tipo de Afiliación**: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] D. Oficio [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]

3. **Régimen**: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. **Contribución solidaria**: Sí [ ] No [ ]

5. **Tipo de afiliado**: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. **Código Tipo de Cotizante** (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento): 42 COTIZANTE PAGO SOLO SALUD

7. **Código Tipo de Pensionado**:

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	9. Tipo de doc
SANTOFIMIO	LOAIZA	ERIKA	FERNANDA	CC

10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento
1088263143	F [X] M [ ]	Femenino	COL	País COL Departamento Municipio

15. **Fecha de nacimiento** 2 6 1 0 1 9 8 8 | **Estado civil** CASADO (A) | **EPS anterior** RES003_FUERZAS

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

16. **Etnia**

17. **Comunidad**

18. **Discapacidad** Sí [ ] No [X] Categoría:

19. **Tiene encuesta SISBÉN** Sí [ ] No [ ]

20. **Clasificación SISBÉN** Nivel: Grupo:

21. **Grupo de población especial**

22. **Administradora de Riesgos Laborales - ARL**

23. **Administradora de Pensiones**: PROTECCION

24. **Ingreso base de cotización - IBC**: 1.423.500

25. **Tarifa Contribución Solidaria**

26. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
VEREDA LA BODEGA BASE AEREA		3174870732	PAULITO88@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
RIONEGRO	Cabecera municipal [ ] Rural disperso [ ] Centro poblado [ ] Resto rural [X]		ANTIOQUIA	53 CIS COMFAMA RIONEGRO

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	28. Tipo de doc
CORREA	MURCIA	PAULO	CESAR	CC

29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento
1087995864	F [ ] M [X]	Masculino	COL	País COL Departamento Municipio

34. **Fecha de nacimiento** 2 6 1 0 1 9 8 8 | **Dirección** VEREDA LA BODEGA | **Municipio/Distrito** RIONEGRO

Zona	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Teléfono Celular
Cabecera municipal [ ] Rural disperso [ ] Centro poblado [ ] Resto rural [ ]	ANTIOQUIA	2743		3174870732

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	Primer apellido	Segundo apellido	35. Apellidos y nombres Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de doc	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino	39. Sexo biológico Masculino	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento País	41. Lugar de nacimiento Departamento	41. Lugar de nacimiento Municipio	42. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
B1				X						
B2										
B3										
B4										
B5										

Datos complementarios												
	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN Sí	47. Tiene encuesta SISBÉN No	48. Clasificación SISBÉN Nivel	48. Clasificación SISBÉN Grupo	49. Discapacidad Sí	49. Discapacidad No	49. Discapacidad Categoría	50. Discapacidad permanente Sí / No
B1										X		
B2												
B3												
B4												
B5												

	51. Datos de residencia Departamento	Municipio / Distrito	Zona	CM	CP	RD	RR	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54.Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de doc	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación	Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

- ORIGINAL -

VIGILADO Supersalud

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

EPS | sura

No. U 27306399

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y correción de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [X] 15. Traslado: [X] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de doc	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento	65. EPS anterior
		F [ ] M [ ]		D D M M A A A A	RES003_FUERZAS

66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
D D M M A A A A	Código 1	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [X] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [X] 72. Declaración de no intenación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 73. 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.
- [X] 74. 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.
- [X] 75. 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.
- [X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del SISBÉN vigente.

- ORIGINAL -

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio	Código Asesor

X. ANEXOS

CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ] Cantidad: Total

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad:
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura públicao 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.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. 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.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. 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

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del Municipio	Código del departamento	93. Nombre de la institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
D D M M A A A A	D D M M A A A A

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

EPS

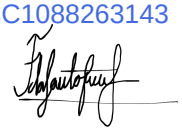
sura

Señor Afiliado:
Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superindencia Nacional de Salud, le solicitamos responder las siguientes preguntas de acuerdo con la lectura previa que usted realizó de la carta de desempeño y derechos y deberes en la cartilla física o cartilla publicada en la página web de **EPS SURA**:

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	SI
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? (Ver página 150 de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado)	SI
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado?	SI
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	SI
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI

Nombre: ERIKA FERNANDA SANTOFIMIO LOAIZA

Cédula: CC1088263143

Firma: 

VIGILADO Supersalud

Este documento fue generado con la información registrada el 25/04/2025 09:57:19 para efectos del formulario de afiliación.

EPS

Reciba un cordial saludo.

Para nosotros es muy gratificante que nos haya elegido para acompañarlo en el cuidado de la salud, en EPS SURA trabajamos permanentemente por la salud y la calidad de vida de nuestros afiliados.

Hemos recibido respuesta de FUERZAS ARMADAS sobre el traslado del señor(a) ERIKA FERNANDA SANTOFIMIO LOAIZA identificado con CC 1088263143 donde notifican que fue ACEPTADO.

Queremos informarle que el mes en el que debe comenzar a realizar sus aportes en EPS SURA es 04/2025.

En EPS SURA creemos en un sistema de seguridad social en el que se garantice la universalidad y el buen servicio, y en la importancia de gestionar el riesgo y de la prevención de enfermedades. Recuerde que siempre estaremos dispuestos a acompañarlo y asesorarlo en lo que necesite, porque somos el Aliado experto de nuestros afiliados y clientes, en la orientación y el cuidado de la salud.

En cumplimiento de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, es nuestro deber informarle que frente a cualquier desacuerdo en la decisión adoptada por la entidad, usted puede elevar consulta ante la correspondiente Dirección de Salud, sea esta Departamental, Distrital o Local, sin perjuicio de la competencia prevalente y excluyente que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, como la autoridad máxima en materia de inspección, vigilancia y control.

Cordialmente,

Dirección Afiliaciones
EPS SURA

Fecha de generación: 09/05/2025

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SANTOFIMIO LOAIZA ERIKA FERNANDA** identificado(a) con **CC** número **1.088.263.143** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 24 de mayo de 2005 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 25 de abril de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes