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. U16717255

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS)

I. DATOS DEL TRÁMITE

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. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] 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 apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	7. Tipo de doc
Guevara	Guerrero	Cesar	Alejandro	

8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado civil	EPS anterior
CC 80.814.261	Femenino [ ] Masculino [X]	12 02 1984	soltero	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS — Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M — Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
Sura		$1'423.500

18. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Célular	Correo electrónico
TV 40 # 27-31	9013506	3118174619	Ces471@hotmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Bogota	Urbana [X] Rural [ ]		Bogota	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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 doc

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 Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Correo electrónico
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

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

	32. Datos de residencia Dirección	Zona	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
B1		U R				
B2		U R				
B3		U R				
B4		U R				
B5		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			
B3			
B4			
B5			

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	36. Tipo de doc	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Wilve Francisy Russy Ladino	CC	80212380	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Cll 8F #79-94	4111513	hseq@wrussyingenieros.com	Bogota	

VIGILADO SUPERSALUD

apoteme

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. U16717255

B. REPORTE DE NOVEDADES 40. 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 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
- [x] 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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD 41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de doc	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino / Masculino		03 02 2025

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 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 intenación 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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

- [ ] 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 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
- [ ] 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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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		

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:

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