

Medellín, 24 de marzo de 2021

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de M Y D ASESORIA INTEGRAL SAS que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000004 RIESGO 4		Clase: 4		Porcentaje Cotización: 4,35 %	
C14679397	MONTOYA TABARES JHON FREIMAN	25/03/2021		46216172	DEPENDIENTE

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/03/2021 10:17:17 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.220.37, 198.143.41.14, 172.16.42.57

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.



Número de Solicitud

61_438

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

Reingreso 1

Empleador	NI 901158162 M Y D ASESORIA INTEGRAL SAS
Afiliado	CC 14679397 JHON FREIMAN MONTOYA TABARES
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	\$ 908,526
Cargo	OTRO
Sucursal	CALI CL 62 1 BIS-15 B E AP 114
Fecha de ingreso	24/03/2021
Fecha de radicación	24/03/2021 10:54:49 a.m.
Código de Transacción	116669886
Resultado del Reingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El periodo de inicio de pago es 04/2021

Fecha de generación

24/03/2021

Fecha de impresión

24/03/2021

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. PGO.088.702-2

EPS | **sura**

No. U24701693

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS)

PÁGINA 1 DE 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS) A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> D. Oficio <input type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento)	Código Tipo de Pensionado

II. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres		7. Tipo de doc
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre
Montoya	Tabares	Jhon
Segundo nombre	freiman	
8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
14679393	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10/12/1984
Estado civil		EPS anterior

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P		13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Sura		16. Administradora de Pensiones Colpensión	17. Ingreso base de cotización - IBC 908526
18. Residencia Dirección Calle 71A # 1A4-13 Piso 2	Teléfono fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
Municipio/Distrito Cali	Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad/Comuna Valle del Cauca	Departamento Valle del Cauca
Código de la IPS (a registrar por la EPS)		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres		20. Tipo de doc	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
21. Número del documento de identidad		22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)
Teléfono fijo		Teléfono Celular	

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

24. Apellidos y nombres	25. Número de documento de identidad	26. Sexo	27. Fecha de nacimiento	28. Correo electrónico
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
		Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P	
		Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P	
		Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P	
		Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P	

33. 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		36. Tipo de doc	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
35. Nombre o razón social MYD Asesoría Integral SAS		NIT	90115816-2	
39. Ubicación	Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito
	Calle 30 Norte BN 42	301500548	mydasoraiintegr@sas@gmail.com	Cali
		Departamento	Valle del Cauca	

No. U24701693

PÁGINA 2 DE 2

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.
☐ 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 nombre	Segundo nombre
Primer apellido	Segundo apellido		
Tipo de doc	Número del documento de identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

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 intención 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.eps.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 servicios por nosotros contratados 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
Elton Montoya
55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
[Firma]
Código Asesor

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 pública o 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.

ÁREA
EXCLUSIVA
SELLO
STICKER

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 nombre		Segundo nombre	
Primer apellido	Segundo apellido				
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES: