

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 identificación	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

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**Fecha de envío****24/03/2021****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

4116669886

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)	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen		
A. Afiliación <input type="checkbox"/>	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/>	D. Oficio <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>

4. Tipo de afiliado	5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento)	6. Código Tipo de Pensionado
A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		

II. AFILIACIÓN

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

III. DATOS COMPLEMENTARIOS	Datos personales	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
		Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P		
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Sura	16. Administradora de Pensiones Colpension	17. Ingreso base de cotización -IBC 908526	Correo electrónico jhonfm84@hotmail.com	Código de la IPS (a registrar por la EPS)

18. Residencia Dirección Calle 71A # 1A 4-13 Piso 3	Teléfono fijo	19. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	20. Fecha de nacimiento 01/01/1984	21. Dirección
Municipio/Distrito Cali	Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad/Comuna	Departamento Valle del Cauca	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	20. Tipo de doc	
19. Apellidos y nombres	Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre		
20. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	21. Fecha de nacimiento 01/01/1984	22. Dirección
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. Tipo de doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Correo electrónico
Primer apellido	Primer apellido Segundo apellido					
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Datos complementarios	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)	33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1			Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P		
B2			Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P		
B3			Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P		
B4			Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P		
B5			Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P		

32. Datos de residencia	Dirección	Zona	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Calular
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 NYD Asesoria Integral SAS.	NIT 90115816-2	Correo electrónico mydasesoriaintegral.sas@gmail.com	Municipio/Distrito Cali

39. Ubicación Dirección Calle 30 Norte BN 42	Teléfono 3015005488	Correo electrónico mydasesoriaintegral.sas@gmail.com	Municipio/Distrito Cali	Departamento Valle del Cauca
----------------------------------------------	---------------------	------------------------------------------------------	-------------------------	------------------------------

