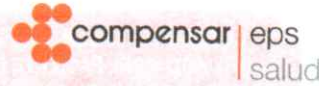


FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación: 1201 Fecha de Radicación: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación B. Reporte de Novedades 2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o cabeza de familia Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De oficio 3. Régimen: A. Contributivo B. Subsidado 4. Tipo de afiliado: A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado Código (a registrar por la EPS):

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

6. Apellidos y nombres: Ramirez Zambrano Fredy Audon

7. Tipo de documento de identidad: CC 8. Número de documento de identidad: 80.370.479 9. Sexo: Femenino Masculino 10. Fecha de nacimiento: 22/03/1970

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: 12. Discapacidad: Tipo Condición 13. Puntaje SISBEN: 14. Grupo de población especial: 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: 16. Administradora de pensiones:

17. Ingreso base de cotización - IBC: 908.326 18. Residencia: abundant@gmail.com Bogotá 19. Zona: Urbana Rural 20. Localidad / Comuna: Cimacra

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

19. Apellidos y nombres: 20. Tipo de documento de identidad: 21. Número de documento de identidad: 22. Sexo: Femenino Masculino 23. Fecha de nacimiento:

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

| 24. Apellidos y nombres | | 25. Tipo de documento de identidad | | 26. Número de documento de identidad | | 27. Sexo | |
|-------------------------|------------------|------------------------------------|----------------|--------------------------------------|-----------|----------|-----------|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino |
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

32. Datos de residencia

28. Fecha de nacimiento: 29. Parentesco: 30. Etnia: 31. Discapacidad: Tipo Condición

Municipio / Distrito: Zona: Urbana Rural Departamento: Teléfono fijo y/o celular: 33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS):

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: Código de la IPS (a registrar por la EPS): 35. Nombre o razón social: Expres Colombia SAS 36. Tipo de documento de identificación: NA

37. Número del documento de identificación: 901045104-1 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS):

39. Ubicación: Calle 96 sur # 22 A-36 5101989 exprescolombia@gmail.com Bogotá Cimacra

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad: 1. Modificación datos básicos de identificación 2. Corrección datos básicos de identificación 3. Actualización documento de identidad 4. Actualización y corrección de datos complementarios 5. Terminación de la inscripción en la EPS 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 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 Subsidado 14. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen 15. Reporte por 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: Tipo de documento de identidad: Número de documento de identidad: Sexo: Femenino Masculino Fecha de nacimiento: 42. Fecha: 05/05/2021

43. EPS anterior: 44. Motivo de traslado: 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 impide la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. 49. Declaración de no interacción 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

46. El cotizante: [Firma] 47. El empleador o representante institucional o de Oficio: [Firma Erikavigaya]

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. PA Cant. CE Cant. CD Cant. SC Cant. 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 el 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 dos 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 lo 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: Código del municipio: Código del departamento: 67. Datos del SISBEN: Número de la ficha: Puntaje: Nivel: 68. Fecha de radicación: 69. Fecha de validación:

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: Tipo de documento de identidad: Número de documento de identidad: 71. Firma del funcionario:

OBSERVACIONES:

GILADO Supercolud

GILADO SuperSubsidio

Medellín, 03 de mayo 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 EXPRESO COLUMBIA 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: | 0000000001 CONDUCTOR | | Clase: 4 | Porcentaje Cotización: | 4,35 % |
| C80370478 | RAMIREZ ZAMBRANO FREDY AUDON | 04/05/2021 | | 20142qiT | 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 03/05/2021 11:08:39 .

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

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

Dirección IP: 181.53.13.87, 198.143.41.10, 172.16.42.57