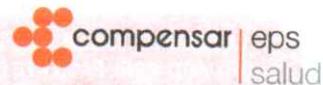


FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación	Fecha de Radicación			
DD MM AÑO	DD MM AÑO			
I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)				
1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual: • Cotizante o cabeza de familia • Beneficiario o afiliado adicional	B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo B. Subsidio	
B. Reporto de Novedades			5. Tipo de cotizante: A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	

6. Apellidos y nombres	Ramirez Zambrano	7. Tipo de documento de identidad	CC	8. Número de documento de identidad	80.370.479	9. Sexo Femenino Masculino	X	10. Fecha de nacimiento	22031970
------------------------	------------------	-----------------------------------	----	-------------------------------------	------------	----------------------------	---	-------------------------	----------

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
B1	Tipo F M Condición				
B2					
B3					
B4					
B5					
17. Ingreso base de cotización -IBC	18. Residencia	Colle 71 sur # 16-64	Zona Urbana X Rural	19. Localidad / Comuna	20. Administradora de pensiones
\$ 108.326	abundant@gmail.com	Bogota		Clínica C	3132424653

19. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo Femenino Masculino	23. Fecha de nacimiento	24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino
B1									B1			
B2									B2			
B3									B3			
B4									B4			
B5									B5			

28. Fecha de nacimiento	29. 30. Parentesco	31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
DD MM AÑO	Etnia F M Condición	Municipio / Distrito Zona Urbana / Rural Departamento Teléfono fijo y/o celular		
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (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
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		
35. Nombre o razón social	Ex Pres Colombie SAS	36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación	901045104-1	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación	Calle 16 sur # 22 A-36 5101980 exprescolombia@gmail.com	Bogota Clínica

40. Tipo de Novedad	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	13. Movilidad:
1. Modificación datos básicos de identificación	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidio
2. Corrección datos básicos de identificación	9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	14. Traslado
3. Actualización documento de identidad	10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
4. Actualización y corrección de datos complementarios	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	15. Reporte por fallecimiento
5. Terminación de la inscripción en la EPS	12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	16. Reporte del trámite de protección al cesante
Código		17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
6. Rematrícula en la EPS		18. Reporte de la calidad de Pensionado

41. Datos básicos de identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento DD MM AÑO	42. Fecha
43. EPS anterior				05052021
		44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieren.
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.	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
49. Declaración de no interacción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
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.	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
<i>Staudenmaier</i>	<i>Erikaviviana</i>

56. Anexo copia del documento de identidad: CN <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Cant. CC <input type="checkbox"/> Cant. PA <input type="checkbox"/> Cant. ICE <input type="checkbox"/> Cant. CD <input type="checkbox"/> Cant. SC <input type="checkbox"/> Cant. Total	51. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración sustraída por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
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.	64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	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.

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 DD MM AÑO	69. Fecha de validación DD MM AÑO
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:

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.