

Medellín, 17 de mayo de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

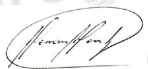
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de SERVIEMPRESARIAL JENCAR SAS que se encuentra EN COBERTURA.

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 CONDUCTORES		Clase: 4	Porcentaje Cotización:	4,35 %
C1045740649	MUÑOZ CALLE CARLOS EDUARDO	18/05/2022		p4015420	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 17/05/2022 15:33:12.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 167.0.246.251, 192.230.104.1, 172.16.42.57

FECHA DE GENERACIÓN

19/05/2022

NÚMERO DE RADICADO

10560453

TIPO DE AFILIADO

DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT

900864448

EMPRESA

SERVIEMPRESARIAL JENCAR S.A.S.

SUCURSAL

SERVIEMPRESARIAL JENCAR S.A.S.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No.

1045740649

TIPO DE DOCUMENTO

CEDULA DE CIUDADANIA

NOMBRE COMPLETO

CARLOS EDUARDO MUNOZ CALLE

DIRECCIÓN

CR 29 7 164

MUNICIPIO

SOLEDAD

BARRIO

AEROPUERTO

TELÉFONO

3246310

CELULAR

3246310579

CORREO ELECTRÓNICO

muñozcallecarrlos@gmail.com

FECHA DE NACIMIENTO

1994/12/03

ESTADO CIVIL

SOLTERO

NIVEL EDUCATIVO

TIPO DE VIVIENDA

OTROS

INFORMACIÓN LABORAL

CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑA

CONDUCTOR

SUELDO

\$1.000.000

ESTADO DE AFILIACIÓN

ACTIVO

HORARIO LABORAL

TIEMPO COMPLETO

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA

2022/05/18

FECHA DE RECIBO

2022/05/ 19

DATOS DEL CONYUGE/COMPAÑERO

DOCUMENTO No.

-

TIPO DE DOCUMENTO

-

NOMBRE COMPLETO

-

FECHA DE NACIMIENTO

-

SEXO

-

NIVEL EDUCATIVO

-

SUELDO

\$0

CARGO U OFICIO

-

EMPRESA

-

NIT

-

PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NP

DOCUMENTO

NOMBRE COMPLETO

CLASE

SEXO

F. NACIM.

DISCAPACIDAD

AUTORIZO, PERMITO Y ACEPTO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN ESTE FORMULARIO O QUE SUMINISTRÉ EN DOCUMENTOS ANTERIORES PARA AFILIARME A COMBARRANQUILLA SEA UTILIZADA POR ESTA ENTIDAD PARA FINES ADMINISTRATIVOS, PUBLICITARIOS, DE MERCADEO Y DE VENTAS.

GENERALIDADES

- A partir de la fecha de recibido de este formulario, el trabajador y su núcleo familiar, puede hacer uso de los servicios de COMBARRANQUILLA en los diferentes puntos de atención. Sólo debe suministrar su nombre y/o número de documento de identificación.
- Niños mayores a 12 años deben presentar certificado educativo.
- Las personas a cargo serán beneficiarias del Subsidio Familiar en Dinero a partir de la fecha en que se presenten los documentos que prueben su derecho a la cuota correspondiente.

• ORIGINAL: E.P.S. •

• 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL •



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

1801524022

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lee las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación	B. Reporte de Novedades	A. Individual	B. Colectiva	A. Contributivo	B. Subsidiado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		6. Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante	B. Cabeza de Familia	C. Beneficiario	A. Dependiente	B. Independiente	C. Pensionado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

A. AFILIACIÓN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1045740644	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	013/12/1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC	
Sum	Ponemur	1000000	
18. Residencia	19. Zona	20. Localidad/Comuna	
Cra 29 #7-164	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Alba	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

21. Tipo de documento de identidad	22. Número del documento de identidad	23. Sexo	24. Fecha de nacimiento
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	

25. Apellidos y nombres		26. Fecha de nacimiento	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

27. Datos de residencia		28. Tipo de discapacidad		29. Condición	
Municipio/Distrito	Zona	Urbana	Rural	T	P
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

30. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	31. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

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

32. Nombre de la entidad responsable	33. Tipo de documento de identificación	34. Número del documento de identificación	35. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Servicio Municipal		900864448	

• 2a. COPIA: AFILIADO •



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Nombre: <u>Hernandez</u>		Apellido: <u>Cardenas</u>	
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha: <u>18/05/2024</u>
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 intermediación 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 a la base de datos de afiliados vigentes 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

<u>Carlos Hernandez</u> 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	<u>Jenny Marlon</u> 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio
---	---

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: ☐ CA ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CO ☐ SC

Cantidad: 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 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 Código del municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBEN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Tipo documento de identidad <input type="text"/>		71. Firma del funcionario	
Número del documento de identidad <input type="text"/>			
OBSERVACIONES:			

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información suministrada y que la misma es responsable de su actualización y de su conservación.