

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: 000000004 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	TIPO DE AFILIADO
10560453	DEPENDIENTE

**DATOS DE LA EMPRESA**

<b>NIT</b>	<b>EMPRESA</b>
900864448	SERVIEMPRESARIAL JENCAR S.A.S.
<b>SUCURSAL</b>	
SERVIEMPRESARIAL JENCAR S.A.S.	

**DATOS DEL TRABAJADOR**

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO	
1045740649	CEDULA DE CIUDADANIA	CARLOS EDUARDO MUÑOZ CALLE	
<b>DIRECCIÓN</b>		<b>MUNICIPIO</b>	<b>BARRIO</b>
CR 29 7 164		SOLEDAD	AEROPUERTO
<b>TELÉFONO</b>	<b>CELULAR</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	
3246310	3246310579	muñozcallecarlos@gmail.com	
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	<b>TIPO DE VIVIENDA</b>
1994/12/03	SOLTERO		OTROS

**INFORMACIÓN LABORAL**

CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑA	SUELDO	ESTADO DE AFILIACIÓN
CONDUCTOR	\$1.000.000	ACTIVO
<b>HORARIO LABORAL</b>	<b>FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA</b>	<b>FECHA DE RECIBO</b>
TIEMPO COMPLETO	2022/05/18	2022/05/ 19

**DATOS DEL CONYUGE/COMPAÑERO**

DOCUMENTO No.	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO
-	-	-
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>SEXO</b>	<b>NIVEL EDUCATIVO</b>
-	-	-
<b>CARGO U OFICIO</b>	<b>EMPRESA</b>	<b>NIT</b>
-	-	-

**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.



