

Medellín, 05 de agosto 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 %
C6220313	VICTORIA TOVAR JAMES TULIO	06/08/2021		i1634249	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 05/08/2021 12:44:00 .

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

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

Dirección IP: 191.95.53.239, 198.143.41.24, 172.16.42.57

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Novedad <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. De oficio <input type="checkbox"/> A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código a registrar por la EPS
A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

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

6. Apellidos y nombres	Tovar Victoria	James	Tulio
7. Tipo de documento de identidad	CC	8. Número de documento de identidad	622033
9. Sexo	F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento	31/12/1961

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC	
SURA	Colpension	908.526	
18. Residencia Calle 30 Norie #23N-42. Cali	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	3158982754	mydasesoriasintegralesss@gmail.com Valle del Cauca

**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	Leguizamón Chang Fabiola Inés
20. Tipo de documento	CC
21. Número de documento de identidad	31874088
22. Sexo	F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
23. Fecha de nacimiento	07/11/1961

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

24. Apellidos y nombres	B1	B2	B3	B4	B5
25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de Nacimiento		
B1		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
B2		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
B3		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
B4		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
B5		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Type	Condición
B1		F	N	M
B2		T		
B3				
B4				
B5				

32. Datos de residencia	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional
Municipio/Distrito	Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud -IPS	Código de la IPS NT 00158162
C	
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de identificación	38. Tipo de aporte o pagador de pensiones
MyD Asesorías Integrales Sos	Nit	90158162	Ja registrar por la EPS
39. Ubicación	Calle 30 Norie #23N-42 - 3025005498	mydasesoriasintegralesss@gmail.com	Valle del Cauca