

Medellín, 09 de September de 2023

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 MOVIREC SOLUCIONES LOGÍSTICAS S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA		Clase: 4		Porcentaje Cotización: 4.35 %		
C16268358	BARONA SANCHEZ GERARDO	11/09/2023		93P16916	DEPENDIENTE	POR INICIAR

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 09/09/2023 18:23:55 .

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

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

Dirección IP: 186.86.52.65, 192.230.104.8, 172.16.42.57



Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN

A. Tipo de Afiliado: Dependiente ☒ Independiente ☐ Madre Comunitaria ☐ Servicio Doméstico ☐
Pensionado ☐ Voluntario ☐ Veterano de las Fuerzas Armadas ☐ Otro

B. Tipo de Novedad: Nuevo ☒ Reingreso - Reactivación ☐ Adición Beneficiarios ☐

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

1. Tipo de identificación: <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PT		2. Número de Identidad 16268358		3. 1er. Apellido BARONA 2do. Apellido SANCHEZ		1er. Nombre GERARDO 2do. Nombre		4. Genero M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>					
5. Fecha de nacimiento 1961 6 M 16		6. Fecha expedición doc. Identidad 1980 9 30		7. Departamento expedición doc. Identidad VALLE DEL CAUCA		8. Municipio expedición doc. Identidad PALMIRA - VALLE		9. Nacionalidad COLOMBIA		10. Nivel de Escolaridad 3 Profesión INGENIERO(A) AGRONOMO(A)		11. Discapacidad Tipo	
Pais de residencia COLOMBIA		12. Dirección residencia CL 163 73 60 CA 43		Departamento VALLE DEL CAUCA		Municipio / Corregimiento / Vereda PALMIRA - VALLE		Barrio ACACIAS		13. Sector Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>			
14. Teléfono 6023790595		15. Celular 3108073803		16. Correo Electrónico GERARBARONSA@GMAIL.COM				17. Estado civil Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>					

III. INFORMACIÓN DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

18. Cónyuge Compañero(a)		19. Tipo de identificación: CC <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PT		20. Número de Identidad		21. 1er. Apellido 2do. Apellido		1er. Nombre 2do. Nombre		22. Genero M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>			
23. Fecha inicio relación marital AAAA MM		24. Fecha de nacimiento AAAA MM DD		25. Fecha de expedición Doc. ID AAAA MM DD		26. Departamento de expedición Doc. ID		27. Municipio de expedición Doc. ID		28. Nacionalidad		29. Discapacidad Tipo	
30. Nivel de Escolaridad Profesión		31. Trabaja SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		32. Tipo ID.		33. Número de Nit		34. Nombre o razón social		35. Sector Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>			
36. Tipo salario Salario Básico \$ Fijo <input type="checkbox"/> Variable <input type="checkbox"/>		37. Cargo		38. Jornada Número Horas Mensual		39. Caja de Compensación		40. Recibe Subsidio Monetario SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

IV. INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Documento		Nombres completos de beneficiarios		Residencia de beneficiarios		44. Genero			45. Parentesco			46. Fecha de nacimiento			47. Fecha de expedición Doc. ID			49. Escolaridad	
41.T.ID	42. Número de ID	43. Primer y Segundo Apellido	Primer y Segundo Nombre	Dirección	Barrio	M	H	I	Hijo	Padro	Hermano	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Nivel de Escolaridad	Grado
												AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD		
												AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD		
												AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD		
												AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD		
												AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD		
												AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD		
												AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD		
												AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD		
												AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD		

V. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR, ENTIDAD PENSIONADORA O EMPRESA CONTRATANTE

50. T. ID NI		51. Número NIT 901604382		52. Empresa o entidad pensionadora MOVIREC SOLUCIONES LOGISTICAS S.A.S.		53. Sucursal 67271		54. Sector Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>					
55. Fecha ingreso a la empresa 2023 9 M 9 D		56. Fecha pensión AAAA MM DD		57. Tipo contrato Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input checked="" type="checkbox"/>		58. Forma pago subsidio Kupi <input checked="" type="checkbox"/>		1. Depósito electrónico a través de Celular: Billetera Delagente(Cobre) <input type="checkbox"/>		2. Transferencia electrónica a cuenta Tipo de cuenta: Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Banco: <input type="text"/>		Número de cuenta: <input type="text"/> (adjunte certificado bancario)	
59. Tipo salario Salario Básico \$ Fijo <input type="checkbox"/> Variable <input checked="" type="checkbox"/>		1280000		60. Cargo CONDUCTORES DE CAMIONETAS Y VEHÍCULOS LIVIANOS		61. % Aportes 0% <input type="checkbox"/> 0,6% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> Fidelidad <input type="checkbox"/>		62. Jornada Número Horas Mensual 240					

VI. OTRO EMPLEADOR

63. T.I.		64. Número NIT		65. Nombre o razón social		66. Sector Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>			
67. Tipo salario Salario Básico \$ Fijo <input type="checkbox"/> Variable <input type="checkbox"/>		68. Cargo		69. Jornada Número Horas Mensual		70. Caja de Compensación		71. Recibe Subsidio Monetario SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

VII. INFORMACIÓN EXCLUSIVA TRABAJADOR INDEPENDIENTE - OTRO

72. Actividad económica		73. Valor mensual ingreso		74. EPS		75. % Aportes 0% <input type="checkbox"/> 0,6% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/>	
-------------------------	--	---------------------------	--	---------	--	--	--

76. Observaciones

VIII. DATOS SENSIBLES: (CE 0007 de 2019 SSF)

77. Factor de Vulnerabilidad 78. Orientación de genero Heterosexual 79. Pertenencia Étnica

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a COMFENALCO VALLE DELAGENTE el tratamiento de mis datos personales (o de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad mental que represento), para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la corporación ha adaptado. Igualmente declaro haber informado a los titulares pertenecientes a mi grupo familiar que usará sus datos personales y que cuento con la autorización de los mismos, para las finalidades consignadas en la mencionada Política, publicada en la página web www.comfenalcovalle.com.co, la cual declaro conocer y por ello estar informado de las finalidades de dicho tratamiento al estar en ella consignadas. También declaro que he sido informado que para el ejercicio de mis derechos (acceder, conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, etc.), podré dirigirme ante la corporación únicamente a través del correo electrónico servicioalcliente@comfenalcovalle.com.co, las líneas telefónicas 8862727-018000938585, diligenciando los formatos de los buzones de sugerencias y de manera presencial en las sedes de la corporación o enviando comunicación escrita a la dirección calle 5 # 6-63 en la ciudad de Santiago de Cali (Valle del Cauca). Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como mi imagen, datos de salud, datos biométricos, datos de menor de edad, origen étnico, género, condición de discapacidad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Declaro que la información que se ha condensado en el presente formulario es veraz y se autoriza a Comfenalco Valle Delagente a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a el, por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades.

Le recordamos que los subsidios monetarios puestos a su disposición y no cobrados, prescriben a los tres (3) años (Ley 21 de 1.982 Artículo 6). El procedimiento de prescripción lo podrá consultar en la página web <https://www.comfenalcovalle.com.co/>

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información que he condensado en el presente formulario es veraz, autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO VALLE DELAGENTE.		Fecha Radicación: 2023-09-09	
Firma autorizada y sello de la empresa (si lo tiene)		Firma y C.C. del trabajador	
Firma y sello recibido por Comfenalco Valle Delagente			



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	16268358
NOMBRES	GERARDO
APELLIDOS	BARONA SANCHEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	VALLE
MUNICIPIO	SANTIAGO DE CALI

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	21/10/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	09/09/2023 18:36:30	Estación de origen:	192.168.70.220
----------------------------	------------------------	----------------------------	----------------

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

 [IMPRIMIR CERRAR VENTANA](#)



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

**EL GRUPO DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN CIUDADANA DE LA REGISTRADURIA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
CERTIFICA:**

Que a la fecha en el archivo nacional de identificación el documento de identificación relacionado presenta la siguiente información y estado:

Cédula de Ciudadanía: 16.268.358
Fecha de Expedición: 30 DE SEPTIEMBRE DE 1980
Lugar de Expedición: PALMIRA - VALLE
A nombre de: GERARDO BARONA SANCHEZ
Estado: VIGENTE

**ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VALIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
LA EXPEDICIÓN DE ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA**

Esta certificación es válida en todo el territorio nacional hasta el 09 de Octubre de 2023

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica aquí plasmada tiene validez para todos los efectos legales.

Expedida el 9 de septiembre de 2023

RAFAEL ROZO BONILLA

Coordinador Centro de Atención e Información Ciudadana