

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Coomeva EPS

Número de Radicación

20830265

Fecha de Radicación	1 4 0 1 2 0 2 2
---------------------	-----------------

Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación		A. Individual:		3. Regimen											
A. Afiliación <input type="checkbox"/>		B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		C. Colectiva <input type="checkbox"/>		D. De oficio <input type="checkbox"/>		Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/>		Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>		3. Regimen					
												C. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>					
												B. Subsidiado <input type="checkbox"/>					
4. Tipo de Afiliado		5. Tipo de Cotizante		A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>		B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>		C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/>		B. Independiente <input type="checkbox"/>		C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS)	
																01	
A. AFILIACIÓN																	
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)																	
6. Apellidos y nombres		MURILLO		EDWIN		Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre					
MURILLO																	
7. Tipo documento de Identidad		8. Número del documento de Identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento											
CC		94526298		Femenino <input type="checkbox"/>		Masculino <input checked="" type="checkbox"/>											
III. DATOS COMPLEMENTARIOS																	
Datos personales																	
11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial											
06		Tipo <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Condición <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
15. Administradora de Riegos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de Cotización - IBC													
SEGUROS DE VIDA SURAMERIC		002 / PROTECCION															
18. Residencia																	
CL 34 # 83 C 29 APT 3		4465352		Teléfono fijo		Teléfono Celular		mydasesoriasintegralesas@gmail.com.									
Dirección																	
76001 / SANTIAGO DE CALI		Urbana <input checked="" type="checkbox"/>		Rural <input type="checkbox"/>		Localidad/Comuna											
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																	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre											
20. Tipo de documento de identidad		21. Número del documento de identidad		22. Sexo		23. fecha de Nacimiento											
				Femenino <input type="checkbox"/>		Masculino <input type="checkbox"/>											
Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales																	
24. Apellidos y nombres																	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre											
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	
25. Tipo de documento de identidad		26. Numero del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento											
				Femenino <input type="checkbox"/>		Masculino <input type="checkbox"/>											
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	
Datos complementarios																	
29. Parentescos		30. Etnia		31. Discapacidad													
				Tipo													
				F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>											
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	
32. Datos de residencia																	
Municipio/Distrito		Zona		Departamento		Teléfono fijo y/o Celular		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)									
		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 los Servicios de Salud - IPS																Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C		MEDICIPS CENTRO ESPECIALISTAS CALI P P R		Rio Ips - P P R												10103370 10100736	
B																	
B																	
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O 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 del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)											
M Y D ASESORIA INTEGRAL S		NI		901158162												0 1	
39. Ubicación		0		0		mydasesoriaintegral@gmail.com		Correο electrónico		SANTIAGO DE CALI		Municipio/Distrito		VALLE		Departamento	
EPS-FT-144																	
Mod. May/2016																	

B. REPORTE DE NOVEDADES																																					
40. Tipo de Novedad <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código <input type="text"/> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente régimen <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado </td> </tr> </table>										<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente régimen <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado																										
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente régimen <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado																																				
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD																																					
41. Datos básicos de identificación <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Primer apellido</td> <td style="width: 25%;">Segundo apellido</td> <td style="width: 25%;">Primer nombre</td> <td style="width: 25%;">Segundo nombre</td> </tr> <tr> <td>Tipo documento de Identidad <input type="text"/></td> <td>Número documento de Identidad <input type="text"/></td> <td>Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/></td> <td>Fecha de nacimiento <input type="text"/> DD MM AA AA AA</td> <td>42. Fecha <input type="text"/> 14012022</td> </tr> </table>										Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Tipo documento de Identidad <input type="text"/>	Número documento de Identidad <input type="text"/>	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/> DD MM AA AA AA	42. Fecha <input type="text"/> 14012022																			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre																																		
Tipo documento de Identidad <input type="text"/>	Número documento de Identidad <input type="text"/>	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/> DD MM AA AA AA	42. Fecha <input type="text"/> 14012022																																	
43. EPS anterior <input type="text"/>			44. Motivo de traslado <input type="text"/> Código <input type="text"/>		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones <input type="text"/>																																
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales <input checked="" type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/> 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios <input checked="" type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de los Servicios de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"></td> </tr> </table>										<input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales <input checked="" type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/> 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios <input checked="" type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de los Servicios de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.																											
<input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales <input checked="" type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/> 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios <input checked="" type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de los Servicios de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.																																					
VIII. FIRMAS <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio</td> </tr> </table>										54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio																										
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio																																				
IX. ANEXOS <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">CN</td> <td style="width: 10%;">RC</td> <td style="width: 10%;">TI</td> <td style="width: 10%;">CC</td> <td style="width: 10%;">PA</td> <td style="width: 10%;">CE</td> <td style="width: 10%;">CD</td> <td style="width: 10%;">SC</td> </tr> <tr> <td>Cantidad: <input type="text"/> 0</td> <td><input type="text"/> 0</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; text-align: right;">Total <input type="text"/> 0</td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente <input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor <input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia <input type="checkbox"/> 62. Documento en que conste la perdida 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 <input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud <input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 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 </td> </tr> </table>										<input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">CN</td> <td style="width: 10%;">RC</td> <td style="width: 10%;">TI</td> <td style="width: 10%;">CC</td> <td style="width: 10%;">PA</td> <td style="width: 10%;">CE</td> <td style="width: 10%;">CD</td> <td style="width: 10%;">SC</td> </tr> <tr> <td>Cantidad: <input type="text"/> 0</td> <td><input type="text"/> 0</td> </tr> </table>	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Cantidad: <input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	Total <input type="text"/> 0	<input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente <input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor <input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia <input type="checkbox"/> 62. Documento en que conste la perdida 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 <input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud <input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 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									
<input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">CN</td> <td style="width: 10%;">RC</td> <td style="width: 10%;">TI</td> <td style="width: 10%;">CC</td> <td style="width: 10%;">PA</td> <td style="width: 10%;">CE</td> <td style="width: 10%;">CD</td> <td style="width: 10%;">SC</td> </tr> <tr> <td>Cantidad: <input type="text"/> 0</td> <td><input type="text"/> 0</td> </tr> </table>	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Cantidad: <input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	Total <input type="text"/> 0																				
CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC																														
Cantidad: <input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0																														
<input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente <input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor <input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia <input type="checkbox"/> 62. Documento en que conste la perdida 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 <input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud <input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 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 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">66. Identificación de la entidad territorial</td> <td style="width: 25%;">67. Datos del SISBÉN</td> <td style="width: 25%;">68. Fecha de radicación</td> <td style="width: 25%;">69. Fecha de validación</td> </tr> <tr> <td>Código del municipio <input type="text"/></td> <td>Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/></td> <td>DD MM AA AA AA</td> <td>DD MM AA AA AA</td> </tr> </table>										66. Identificación de la entidad territorial	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación	Código del municipio <input type="text"/>	Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	DD MM AA AA AA	DD MM AA AA AA																				
66. Identificación de la entidad territorial	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación																																		
Código del municipio <input type="text"/>	Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	DD MM AA AA AA	DD MM AA AA AA																																		
70. Datos del funcionario que realiza la validación <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Primer apellido</td> <td style="width: 25%;">Segundo apellido</td> <td style="width: 25%;">Primer nombre</td> <td style="width: 25%;">Segundo nombre</td> </tr> <tr> <td>Tipo documento de identidad <input type="text"/></td> <td colspan="3">71. Firma del funcionario</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Número documento de Identidad <input type="text"/></td> </tr> </table>										Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Tipo documento de identidad <input type="text"/>	71. Firma del funcionario			Número documento de Identidad <input type="text"/>																			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre																																		
Tipo documento de identidad <input type="text"/>	71. Firma del funcionario																																				
Número documento de Identidad <input type="text"/>																																					
Observaciones: <input type="text"/>																																					
Marque con una (X) en la casilla de respuesta correspondiente a las siguientes preguntas: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 75%; text-align: left;">¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?</td> <td style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?</td> <td style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?</td> <td style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?</td> <td style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>										¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																		
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																				
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																				
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																				
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																				
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																				

Medellín, 14 de enero 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 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: 000000004 RIESGO 4			Clase: 4	Porcentaje Cotización: 4,35 %	
C94526298	MURILLO MURILLO EDWIN	15/01/2022		19718816	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 14/01/2022 15:53:44.

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

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

Dirección IP: 190.159.138.204, 198.143.41.6, 172.16.42.57