

Medellín, 15 de marzo de 2024

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que GUSTAVO OSPINA LEDESMA identificado(a) con cédula de ciudadanía 16453430 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 19/03/2024

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

ADONITRANS SAS N900527861

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

4492104 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE ALQUILER O ARRENDAMIENTO DE VEHÍCULOS DE PASAJEROS CON CONDUCTOR

CLASE DE RIESGO: 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4.35%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - RIESGO IV

CLASE: 4 **PORCENTAJE:** 4.35% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

4492104 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE ALQUILER O ARRENDAMIENTO DE VEHÍCULOS DE PASAJEROS CON CONDUCTOR

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

4492104 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE ALQUILER O ARRENDAMIENTO DE VEHÍCULOS DE PASAJEROS CON CONDUCTOR

CODIGO DE ACTIVIDAD: 4492104

CLASE DE RIESGO: 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4.35%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. *La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.*
2. *El propio de la actividad ejecutada por el contratista.*

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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:

15/03/2024 3:24 PM

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite
 A. Afiliación B. Novedad

2. Tipo de Afiliación

A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia - Beneficiario o afiliado adicional
 B. Colectiva C. Institucional

4. Tipo de afiliado
 A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario

5. Tipo de cotizante
 A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado

6. Régimen
 A. Contributivo B. S. I.

7. Código a regí

No. De Radicación
2123570

Fecha de Radic.
11/9/03/2

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

8. Apellidos y nombres

OSORIO

Ledesma

Gustavo

9. Tipo de documento de identidad

CC

10. Número de documento de identidad
16453430

11. Sexo

F M

12. Fecha de nacimiento
11/2/1911

13. Puntaje SISBÉN
0

14. Grupo de población

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL

16. Administradora de Pensiones

Colpensiones

17. Ingreso base de cotización -IBC
1300.000

18. Residencia

Dg. 76 Pz. H 93-32

Teléfono: 3113576870

Zona Urbana

Rural

Municipio: Bogotá

Condición: Vial

19. Apellidos y nombres

20. Tipo de documento

21. Número de documento de identidad

22. Sexo
 F M D M A S

23. Fecha de nacimiento
00/00/0000

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

24. Apellidos y nombres

B1: Gustavo León Ledesma

B2: María del Rosario

B3: Luisa Fernanda

B4: Juan Carlos

B5: Alejandra

25. Tipo de Documento de Identidad

26. Número de documento de identidad

27. Sexo

28. Fecha de Nacimiento

B1: F M D M A S

B2: F M D M A S

B3: F M D M A S

B4: F M D M A S

B5: F M D M A S

Datos complementarios

29. Parentesco

30. Etnia

31. Discapacidad

Tipo

F N M T P

B1:

B2:

B3:

B4:

B5:

32. Datos de residencia

Municipio/Distrito

Zona

Urbana Rural

Departamento

Teléfono Fijo y/o celular

33. Valor de la UPC del afiliado adicional

(Leer en el informe de facturación)

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

C: Comuna P. 1 Ciudad 06

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 aportante o pagador de pensión

39. Ubicación

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- 3. Actualización del documento de identidad.
- 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- 6. Reinscripción en la EPS.
- 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

Página 2 de 2

- 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo
 B. Régimen Subsidiado.
- 14. Traslado: A. Mismo Régimen
 B. Diferente Régimen.
- 15. Reporte de fallecimiento.
- 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

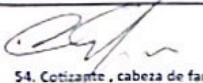
41. Datos básicos de Identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de Documento de Identidad: <input type="text"/>	Número de documento de Identidad	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento D D M M A A A A
42. Fecha D D M M A A A A	43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de Pensiones

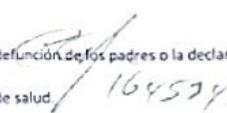
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 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 acrediten la condición de beneficiarios.
- 49. Declaración de no internación 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 información que se genere de la afiliación o del reporte de no novedades o 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 mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

	54. Cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
---	---	--

IX. ANEXOS

- 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD 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 padres.
- 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la superintendencia nacional de salud.  164527830
- 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	67. Datos del SISBEN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A
--	---	---------	-------	--

69. Fecha de Validación

D | D | M | M | A | A | A | A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo documento de identidad <input type="text"/>	71. Firma del funcionario 
---	--

OBSERVACIONES:

Unas 10 paginas a Planilla 4 bajo NIT: 900529861

Código: 218
15/03/2022

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.