

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 ☐ D. De oficio ☐		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		Código a registrar por la EPS	

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres Alzate				7. Tipo de documento de identidad		8. Número de documento de identidad 75032802		9. Sexo F ☐ M ☒		10. Fecha de nacimiento 21/05/1970	
----------------------------------	--	--	--	-----------------------------------	--	---	--	---	--	---------------------------------------	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo ☐ F ☐ N ☐ M ☐ Condición ☐ T ☐ P ☐		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL		16. Administradora de Pensiones Porevenir		17. Ingreso base de cotización -IBC 1500000			
18. Residencia Cra 100 Aoe #1d -79		19. Zona Celi		20. Urbana ☒ Rural ☐		21. Alto de Santa Elena valle	

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			
20. Tipo de documento		21. Número de documento de identidad	
22. Sexo F ☐ M ☐		23. Fecha de nacimiento	

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

24. Apellidos y nombres			
B1	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B2	Primer Apellido	Segundo Apellido	Segundo Nombre
B3	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B4	Primer Apellido	Segundo Apellido	Segundo Nombre
B5	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B5	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
25. Tipo de Documento de Identidad		26. Número de documento de Identidad	
27. Sexo F ☐ M ☐		28. Fecha de nacimiento	
B1	F ☐ M ☐	D D M M A A A A	
B2	F ☐ M ☐	D D M M A A A A	
B3	F ☐ M ☐	D D M M A A A A	
B4	F ☐ M ☐	D D M M A A A A	
B5	F ☐ M ☐	D D M M A A A A	

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo ☐ F ☐ N ☐ M ☐ Condición ☐ T ☐ P ☐	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					
32. Datos de residencia Municipio/Distrito		Zona Urbana ☐ Rural ☐		Departamento	
B1				Teléfono Fijo y/o celular	
B2				33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B3					
B4					
B5					

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud -IPS Viva la Cra 80		Codigo de la IPS 94610	
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 aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación							

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

40. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.	☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.	☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 3. Actualización del documento de identidad.	☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código	☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen
☐ 6. Reinscripción en la EPS.	☐ B. Diferente Régimen
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 15. Reporte de fallecimiento.
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

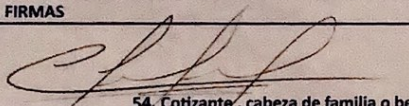
41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de Documento de Identidad	Número de documento de Identidad	Sexo F ☐ M ☐	Fecha de nacimiento D D M M A A A A
42. Fecha Ingreso 09/09/2024	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  75032808	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 dos padres.
☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la superintendencia nacional de salud.
☐ 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 Código del departamento	67. Datos del SISBÉN 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	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

Adjunto Pago x Mora Octubre y Noviembre 2018

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.

— AFILIADO —

FT-GEC-AF-008

Medellín, 03 de octubre de 2024

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

CERTIFICA:

Que NESTOR JAIME ALZATE identificado(a) con cédula de ciudadanía 75032802 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 04/10/2024

Fecha fin cobertura: 08/10/2024

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:

03/10/2024 9:38 AM

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Historia Laboral

Nombre: DANIEL EDUARDO YUNDA BARRIENTOS

CC 1116258197

Clave Planilla	Fecha Pago	Empleador	Clave Pago	Periodo	Riesgo	Administradora	IBC	Total Aportes
9472781119	2024/09/04	ADONITRANS S.A.S.	892054196	2024-08	AFP	PROTECCION	\$606,667	\$97,100
9472781119	2024/09/04	ADONITRANS S.A.S.	892054196	2024-08	ARL	ARL SURA	\$606,667	\$26,400
9472781119	2024/09/04	ADONITRANS S.A.S.	892054196	2024-08	EPS	EMSSANAR	\$606,667	\$75,900
9472781119	2024/09/04	ADONITRANS S.A.S.	892054196	2024-08	ESAP	ESCUELA DE ADMINISTRACION PUBLICA	\$0	\$0
9472781119	2024/09/04	ADONITRANS S.A.S.	892054196	2024-08	ICBF	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	\$0	\$0
9472781119	2024/09/04	ADONITRANS S.A.S.	892054196	2024-08	MEN	MINISTERIO DE EDUCACION	\$0	\$0
9472781119	2024/09/04	ADONITRANS S.A.S.	892054196	2024-08	SENA	SENA	\$0	\$0