

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Novedad <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	6. Código a registrar por la EPS

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

6. Apellidos y nombres Alvaro	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número de documento de identidad 75032802	9. Sexo F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 26/05/1970
----------------------------------	---	---	---	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia <input type="checkbox"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> P	13. Puntaje SISBÉN <input type="checkbox"/>	14. Grupo de población especial <input type="checkbox"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC 1300000	
18. Residencia Cra 100 A oe # 1d -79	19. Teléfono Fijo 3117806319.	20. Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	21. Código postal Altos de Santander valle

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del Cónyuge o compañera(o) permanente cotizante			
19. Apellidos y nombres Bogotá, Colombia	20. Tipo de documento <input type="checkbox"/>	21. Número de documento de identidad <input type="checkbox"/>	22. Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
			23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres	B1 Primer Apellido B2 Segundo Apellido B3 Tercer Apellido B4 Cuarto Apellido B5 Quinto Apellido	B1 Segundo Apellido B2 Segundo Apellido B3 Segundo Apellido B4 Segundo Apellido B5 Segundo Apellido	B1 Primer Nombre B2 Primer Nombre B3 Primer Nombre B4 Primer Nombre B5 Primer Nombre	B1 Segundo Nombre B2 Segundo Nombre B3 Segundo Nombre B4 Segundo Nombre B5 Segundo Nombre
25. Tipo de Documento de Identidad <input type="checkbox"/>	26. Número de documento de Identidad <input type="checkbox"/>	27. Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	28. Fecha de Nacimiento D D M M A A A A	
B1	B2	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A	
B3	B4	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A	
B5		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A	

Datos complementarios

29. Parentesco B1 B2 B3 B4 B5	30. Etnia B1 B2 B3 B4 B5	31. Discapacidad Tipo F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición T <input type="checkbox"/> P
32. Datos de residencia Municipio/Distrito B1 B2 B3 B4 B5	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento B1 B2 B3 B4 B5	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <input type="checkbox"/>

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud -IPS C B1 B2 B3 B4 B5	Código de la IPS 94610 <input type="checkbox"/>
---	---

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 Credencial de Salud	36. Tipo de documento de identificación <input type="checkbox"/>	37. Número de identificación <input type="checkbox"/>	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) <input type="checkbox"/>
39. Ubicación Credencial de Salud	39. Ubicación Credencial de Salud	39. Ubicación Credencial de Salud	39. Ubicación Credencial de Salud

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

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.

- 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.

Recibido
03-10-2024
EPSX
2402.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

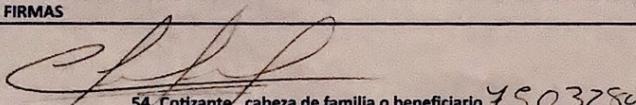
41. Datos básicos de identificación

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 <input type="text"/> D D M M A A A A
42. Fecha Ingresos	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 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> D D M M A A A A
69. Fecha de Validación <input type="text"/> 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:

Adolfo Rego 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 october 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:

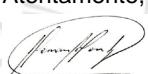
Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

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