

Medellín, 22 de Octubre de 2024

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 ADONITRANS SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - RIESGO IV, Clase de riesgo 4, Porcentaje de cotización 4.35%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1113526418	QUINTANA VIVAS AIDA	03/09/2024		16816922	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C882324382429640418

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 22/10/2024 11:13:38.

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

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

Dirección IP: 186.27.132.60, 192.230.104.4, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS
E.P.S.Sanitas

Organización Sanitas Internacional

NIT: 800 251 440-6

CÓDIGO 006, REPÚBLICA DE COLOMBIA - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Página 1 de 2

Fecha de Radicación
02092024

I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación	A. Individual <input type="checkbox"/> - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	D. De Oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen	A. Contributivo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Reporte de Novedades	<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 checked="" type="checkbox"/>	B. Independiente <input type="checkbox"/>	C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS) <input type="checkbox"/>

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres	Quintana	W. J. A.S	Aida	Rocio	
Primer apellido		Segundo apellido		Segundo nombre	
7. Tipo de documento de identidad	<input type="checkbox"/> CC	8. Número del documento de identidad	1113526418	9. Sexo	
				Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
				10. Fecha de nacimiento	17081992

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	<input type="checkbox"/>	12. Discapacidad	<input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBÉN	<input type="checkbox"/>	14. Grupo de población especial	<input type="checkbox"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	Sura	16. Administradora de Pensiones	Colpensiones	17. Ingreso Básico de Cotización - IBC	41400.000	Correo Electrónico	3212197497 aidarocio1234@gmail.com
18. Residencia	Cra 16 # 20-17	Dirección		Teléfono Fijo	3212197497	Localidad / Comuna	Valle del Cauca
Municipio / Distrito	Yumbo	Zona	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento			

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	<input type="checkbox"/> CC	21. Número del documento de identidad		22. Sexo		23. Fecha de nacimiento
				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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. Número documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	
B1		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Fecha de nacimiento
B1			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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 E.P.S.)
B1		Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			
B2					
B3					
B4					
B5					

Selección de la I.P.S. Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	c Sanitas Tequendama	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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 (A registrar por la E.P.S.)
Adonitans SAS		NIT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		900527861-2	
38. Ubicación	Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
Carrera 34 # 582-25		31774962997	adonitans.com	cali	Valle

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

40. Tipo de Novedad

- 1. Modificación 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 la 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

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 del documento de identidad	Sexo	Fecha de Radicación
<input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	42. Fecha
43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	
	Código _____		

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 acreditan la condición de beneficiarios
- 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- 50. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. 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
- 52. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS**54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario**

Arda Rojo Alvarado Vilas.

55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de oficio

Picante Cuellar H=

IX. ANEXOS

- 56. Anexo copia del documento de identidad Cantidad Total L
- 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 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 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 SISBEN Número de Ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
--	-------------------------	---	---------	-------	-------------------------	-------------------------

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

Observaciones:

--	--	--

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial C.C. No.	Sello de radicación	Sticker procesamiento
---	---------------------	-----------------------

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

Historia Laboral

Nombre: AIDA ROCIO QUINTANA VIVAS

CC 1113526418

Clave Planilla	Fecha Pago	Empleador	Clave Pago	Periodo	Riesgo	Administradora	IBC	Total Aportes
9474958304	2024/10/07	ADONITRANS S.A.S.	965200239	2024-09	AFP	COLPENSIONES	\$1,353,334	\$216,600
9474958304	2024/10/07	ADONITRANS S.A.S.	965200239	2024-09	ARL	ARL SURA	\$1,353,334	\$58,900
9474958304	2024/10/07	ADONITRANS S.A.S.	965200239	2024-09	CCF	COMFANDI	\$1,353,334	\$54,200
9474958304	2024/10/07	ADONITRANS S.A.S.	965200239	2024-10	EPS	SANITAS	\$1,353,334	\$54,200
9474958304	2024/10/07	ADONITRANS S.A.S.	965200239	2024-09	ESAP	ESCUELA DE ADMINISTRACION PUBLICA	\$1,353,334	\$0
9474958304	2024/10/07	ADONITRANS S.A.S.	965200239	2024-09	ICBF	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	\$1,353,334	\$0
9474958304	2024/10/07	ADONITRANS S.A.S.	965200239	2024-09	MEN	MINISTERIO DE EDUCACION	\$1,353,334	\$0
9474958304	2024/10/07	ADONITRANS S.A.S.	965200239	2024-09	SENA	SENA	\$1,353,334	\$0