

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 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Página 1 de 2

Fecha de Radicación

02/09/2024

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres	Quintana	Vivas	Aida	Pocao
7. Tipo de documento de identidad	CC	8. Número del documento de identidad	1113526418	9. Sexo
				Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
				10. Fecha de nacimiento
				17/08/1992

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>		
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC	
Sura	Colpensiones	\$1400.000	
18. Residencia	Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular
Cra 16 # 20-17			3212197497
Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Yumbo	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Valle del Cauca

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 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	25. Tipo de documento de identidad	26. Número 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. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo	Condición
			F N M	T P
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 E.P.S.)
	Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la I.P.S. Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C Sanitas Tequendama	
B	
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 (A registrar por la E.P.S.)
Adonitans SAS	NIT	900527861-2	
39. Ubicación	Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico
Carrera 34 # 5B2-25		3177496299	Thadonitans.com
Municipio / Distrito	Departamento		
Call	Valle		

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
<input type="checkbox"/>	46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
<input 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 acreditan la condición de beneficiarios
<input type="checkbox"/>	49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
<input checked="" type="checkbox"/>	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
<input checked="" type="checkbox"/>	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
<input checked="" type="checkbox"/>	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.
<input checked="" type="checkbox"/>	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	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficina
Ardo Roso Quintana vinas.	Picauste Cuellar M=

[illegible]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL											
66. Identificación de la Entidad Territorial			67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de Radicación			69. Fecha de Validación		
Código del Municipio Código del Departamento			Número de Ficha			Puntaje			Nivel		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
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					
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>					

Observaciones:

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

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