

Medellin, 03 de August de 2023

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 TRANSPORTES ESPECIALES YUMBO S.A.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001	PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA		Clase: 4	Porcentaje Cotización:	4.35 %
01118287379	MONTILLA CEPEDA FERNANDO ANDRES	04/08/2023		22129162	DEPENDIENTE	POR INICIAR

nul

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 03/08/2023 17:28:35.

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

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

Dirección IP: 186.86.154.231, 192.230.104.4, 172.16.42.57

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

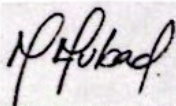
NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MONTILLA CEPEDA FERNANDO ANDRES** identificado(a) con CC número **1.118.287.379** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 13 de marzo de 2007 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 12 de diciembre de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

***Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:**

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2024121210515

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicación

4010722063

Fecha de Radicación

04/08/2013

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Las las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	2. Tipo afiliación A. Individual ☒ B. Colectiva ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidio ☐
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	6. Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres MONTELLA Primer apellido	7. Tipo documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 1118287379	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 29/09/1986
---	--------------------------------------	--	--	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Antecedentes 12. Discapacidad Tipo ☒ Condición ☒	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos Liberales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	16. Administradora de Pensiones PROTECCION	17. Ingreso base de cotización - IBC 1180000
18. Residencia CL 22 A 9 A 12 Dirección	3105118460 Teléfono celular	ANDRESMONTILLA2018@HOTMAIL.COM Correo electrónico
YUMBO Municipio/Distrito	Urbano ☒ Rural ☐	VALLE Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres completos Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre	20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento
--	---------------------------------	--------------------------------	--	-------------------------

V. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES

24. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento
--	---------------------------------	-------------------------	--------------------------------	-------------------------

VI. DATOS COMPLEMENTARIOS

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo Condición
32. Datos de residencia Municipio/Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	

Selección de la EPS Primera

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS SUMEDICA IPS SAS CAPITA - SUMEDICA IPS SAS CAPITA	Código de la IPS (a registrar por la EPS) SUMEDICAYU - SUMEDICAYU
---	--

VII. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre e razón social TRANSPORTES ESPECIALES YUMBO SAS	36. Tipo de identificación NIT	37. Número de documento de identificación 800784975	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01
39. Ubicación CR 14 21 29 Dirección	6027758 Teléfono	TRANSPORTES YUMBOCAS@HOTMAIL.COM Correo electrónico	CALI Municipio/Distrito VALLE Departamento

SI-PYGA-P001 V 1.0-2010

40. Tipo de Movidad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

- | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|--|---------------------|------------------|----------|---------------|---|----------------|--|
| 61. Datos básicos de la identificación | | Primer apellido | | Segundo apellido | | Primer nombre | | Segundo nombre | |
| Tipo documento de identidad | Número documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | | 42.Fecha | | 43.EPS anterior | | |
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | | | | | 44.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones | | |
| Código: | | | | | | | | | |

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 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 impidan la entrega de documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
49. ☐ Declaración de no intervención del cotizante cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante y cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades o la base de datos de afiliados vigente y a los entes públicos que por sus funciones la requieran.
52. ☒ Autorización para que la EPS envíe los datos personales del cotizante y cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr 1377 de 2013.
53. ☐ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto.

VIN. FIRMAS

- | | |
|---|---|
|  |  |
| <p>54. Cotizante e cabeza de familia o beneficiario</p> | <p>55. El responsable o entidad responsable de la atención sanitaria institucional de oficio.</p> |

DLANEXON

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de Identidad: CH. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CO. ☐ SC. ☐
- Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total:
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia 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 para 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 certificado de edapción o acta de entrega del menor
- ☐ 61. Copia orden judicial o 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
- ☐ 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

- | | | | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|-----------------------|-------|-------------------------|-------------------------|
| 64. Identificación de la Entidad Territorial
Código del municipio | | 67. Datos del SISBEN
Número 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 documento de identidad | | Número documento de identidad | | Firma del funcionario | | | |
| [] | | | | | | | |

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX Autorizaciones, así como la veracidad de los demás datos suministrados.

Simple

PAGOSIMPLE Informe Histórico Resumido

Fecha de Creación del Informe: jueves, 12 de diciembre de 2024 11:14:25 AM

Periodo del Informe: 202410

Pagada 25/11/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	TRANSPORTES ESPECIALES YUMBO SAS	Dirección	CR 14 #22 - 30 BARRIO LA ESTANCIA
Documento	Nº900784975	Teléfono	3142775514
Tipo de Empresa		Forma Presentación	
Tipo Persona		Departamento	VALLE DEL CAUCA
Ciudad	YUMBO	Identificación	CC1118259910
Representante Legal	ERAZO BURITICA JEYSON ARBEY		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Información del Pago		Novedades												Administradoras				IBC				Liquidación de Aportes																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
Identificación del Cotizante	Apoilidos y Nombres	Salario base (pesos)	Fecha de Pago	Periodo de Cot.	Periodo Serv.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	TOTAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
001 118259910	ERAZO BURITICA JEYSON ARBEY	10000000	20241025	202410	202411																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														

Página 1 de 1

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4444634 - Cali 602 5540577 - Medellín 604 5146669 - Bucaramanga 607 6439009 - Cartagena 605 9945444 - Pereira 606 3402582 - Barranquilla 605 3618862 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Mas que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

