



equidad
riesgos laborales

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) JHON ANDERSON MOSQUERA identificado(a) con CC número 1112485381 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa: SERVIALIANZA EXPRESS S.A.S
N° Identificación: 901448830
Centro de trabajo: Riesgo IV 4604201 Tarifa 4.350% Sueldo básico: \$ 1.300.000
Inicio de cobertura: 10/12/2024 Fecha de retiro:
Tipo de cotizante: Dependiente Estado: En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web <https://www.laequidadarl.coop> el día:

lunes, 9 de diciembre de 2024 a las 02:10 PM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00014152890002002823.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

Una aseguradora cooperativa con sentido social.
EQUIDAD SEGUROS DE VIDA Organismo Cooperativo - NIT 830008686-1
Carrera 9A N°. 99-07 Piso 12
PBX: 592 2929 | 600 3131 - FAX 520 0738

www.laequidadseguros.coop

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	D O M A A A A

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual : - Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input 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 type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	
Código (a registrar por le EPS) <input style="width: 100px;" type="text"/>		

6. Apellidos y nombres		Jhon		Andersen	
Primer apellido		Segundo apellido		Segundo Nombre	
7. Tipo de documento de identidad		8. Número del documento de identidad		9. sexo	
00		112485381		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	
				10. Fecha de nacimiento	
				18/07/1995	

Datos personales			
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P		
15. Administradora de Discapacitados (AD)	16. Administradora de Versiones	17. Ingreso base de cotización (IB)	
18. Residencia			
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Código electrónico
	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		
Municipio	Zona	Localidad/Cantón	Departamento

19. Apellidos y nombres											
Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre								
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. sexo	23. Fecha de nacimiento								
<input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table>	D	D	M	M	A	A	A	A
D	D	M	M	A	A	A	A				

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 del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento							
				Femenino	Masculino		D	M	A	A	A	A	A
B1							D	M	A	A	A	A	A
B2							D	M	A	A	A	A	A
B3							D	M	A	A	A	A	A
B4							D	M	A	A	A	A	A
B5							D	M	A	A	A	A	A

29. Parentesco		30. Etnia	31. Discapacidad			Condición	
			E	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Realizado!

Municipio/Distrito		Zona		Departamento	Telefono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1	<p>Has finalizado exitosamente tu registro de afiliación No. AFI-00300175</p> <p>puede hacer seguimiento a través de este mismo portal opción (Consultar).</p>					
B2						
B3						
B4						
B5						
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS						Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C						
B						
B						
B						

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
David Linares, Expresos	NIT	901448830	9
39. Ubicación	Dirección	Correo electrónico	Municipio/Distrito
Un 3A # 833	602555626	callegatun@gmail.com	Cañal Waka
	Departamento		Departamento

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JHON ANDERSON MOSQUERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.112.485.381**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Diciembre del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.