



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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

En Pos de tu bienestar

No. De Radicación

Fecha de Radicación									
D	D	M	M	A	A	A	A	A	A

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

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"/>		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 la EPS) <input type="text"/>	

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

6. Apellidos y nombres Mosquera		7. Tipo de documento de identidad DD		8. Número del documento de identidad 112485381		9. sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento 13/07/1995	
------------------------------------	--	---	--	---	--	--	--	---------------------------------------	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T P		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Reservas (A/R)		16. Administradora de Pensiones (A/P)		17. Ingreso base de cotización (IB)		18. Residencia Calle 5 No. 1 sur Calle 5 No. 1 sur	
18. Residencia (Municipio/Distrito)		Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Teléfono Fijo 336197833		Teléfono celular	
Municipio/Distrito		Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad/Corriente		Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañera (a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres		20. Tipo de documento de identidad		21. Número del documento de identidad		22. sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		23. Fecha de nacimiento	
-------------------------	--	------------------------------------	--	---------------------------------------	--	--	--	-------------------------	--

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

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo Femenino Masculino		28. Fecha de nacimiento	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios

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

Realizado!

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)	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

C		34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
B					
B					
B					

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION 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 pensiones (a registrar por la EPS)	
Danubio Express		NIT		901448830		9	
39. Ubicación		Dirección		Correo electrónico		Municipio/Distrito	
Calle 3A # 833		602555676		colegio@regional.com		Calle 5 No. 1 sur	

**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.