

Medellín, 01 de febrero de 2023

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

CERTIFICA:

Que JERSON ANDRES BEDOYA NOPE identificado(a) con cédula de ciudadanía 1000324882 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 02/02/2023

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

PROCESOS Y PRODUCCIONES PRO@CTIVO S.A.S N901562165

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

1749001 - OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS NCP, INCLUYE ACTIVIDADES DE TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN, INTERMEDIACIÓN EN MATERIA DE PATENTES, CONSULTORÍA Y ASESORAMIENTO TÉCNICO SIN PRESENCIA EN ÁREAS O INSTALACIONES OPERATIVAS; ACTIVIDADES DE TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN; ACTIVIDADES REALIZADAS POR AGENCIAS EN NOMBRE DE PARTICULARES PARA OBTENER CONTRATOS DE ACTUACIÓN EN PELÍCULAS, OBRAS DE TEATRO Y OTROS ESPECTÁCULOS CULTURALES Y DEPORTIVOS, Y PARA OFERTAR LIBROS, GUIONES, OBRAS DE ARTE, FOTOGRAFÍAS, ETC, A EDITORES, PRODUCTORES, ETCÉTERA

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0,522%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000003 - CONDUCTOR

CLASE: 4 **PORCENTAJE:** 4,35% **TIPO COTIZANTE:** VOLUNTARIO EN PRIMERA RESPUESTA APOORTE SOLO A RIESGOS LABORALES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

4492301 - TRANSPORTE DE CARGA POR CARRETERA, INCLUYE TODAS LAS OPERACIONES DE TRANSPORTE DE CARGA POR CARRETERA. SE INCLUYE EL TRANSPORTE DE UNA GRAN VARIEDAD DE MERCANCÍAS TALES COMO: TRONCOS, GANADO, PRODUCTOS REFRIGERADOS, CARGA PESADA, CARGA A GRANEL, INCLUSO EL TRANSPORTE EN CAMIONES CISTERNA DE LÍQUIDOS (EJEMPLO: LA LECHE QUE SE RECOGE EN LAS GRANJAS, AGUA, ETCÉTERA). AUTOMÓVILES, LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE DE DESPERDICIOS Y MATERIALES DE DESECHO, SIN INCLUIR EL PROCESO DE ACOPIO NI ELIMINACIÓN. INCLUYE EL ALQUILER DE VEHÍCULOS DE CARGA (CAMIONES) CON CONDUCTOR.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

4492301 - TRANSPORTE DE CARGA POR CARRETERA, INCLUYE TODAS LAS OPERACIONES DE TRANSPORTE DE CARGA POR CARRETERA. SE INCLUYE EL TRANSPORTE DE UNA GRAN VARIEDAD DE MERCANCÍAS TALES COMO: TRONCOS, GANADO, PRODUCTOS REFRIGERADOS, CARGA PESADA, CARGA A GRANEL, INCLUSO EL TRANSPORTE EN CAMIONES CISTERNA DE LÍQUIDOS (EJEMPLO: LA LECHE QUE SE RECOGE EN LAS GRANJAS, AGUA, ETCÉTERA). AUTOMÓVILES, LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE DE DESPERDICIOS Y MATERIALES DE DESECHO, SIN INCLUIR EL PROCESO DE ACOPIO NI ELIMINACIÓN. INCLUYE EL ALQUILER DE VEHÍCULOS DE CARGA (CAMIONES) CON CONDUCTOR.

CODIGO DE ACTIVIDAD: 4492301

CLASE DE RIESGO: 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4,35%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

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:

01/02/2023 11:38 AM

Dirección IP: 179.1.94.38, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

PAGADA 2023-02-01 12:15:20.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	COOPERATIVA INTERN DE TRABAJO ASOCIADO			
Documento	NI 900858785	Dirección	CR 7 SUR #17 - 64	
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	Teléfono	7568238	
Tipo Persona	JURÍDICA	Forma Presentación	SUCURSAL	Total Afiliados 1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.	
Representante Legal	PADILLA PADILLA OSCAR FERNANDO	Identificación	CC 5874618	

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1000324882		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					BEDOYA NOPE JERSON ANDRES	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																			Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos				Caja				Parafiscales			
ING	RET	TIE	TAE	TOP	TAP	COM	CON	CSL	SLN	IGE	LMA	VAC	AFP	AFP	Dias AFP	Dias EPS	Dias AFP	Dias CCFL				Código AFP	Código Tran AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA
X																					0%	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	NIN-EP	0%	\$ 0	\$ 0	\$ 0	14-11	4	4,35%	\$ 1.160.000	\$ 50.500	NIN-CC	0%	\$ 0	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0		

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
NINGUNA AFP	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NINGUNA EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 50.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 50.500



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación: Fecha de Radicación: 0 2 0 2 2 0 2 3

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 checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: <input type="checkbox"/> Cotizante c. cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" 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) 01
---	--	---	---	--

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: BEDOYA Segundo Apellido: NOPE Primer Nombre: JERSON Segundo Nombre: ANDRES	7. Tipo de documento de identidad: CC 8. Número de documento de identidad: 1000324882 9. Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino 10. Fecha de nacimiento: 0 1 0 1 2 0 0 2
--	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: <input type="checkbox"/> 12. Discapacidad: Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> 13. Puntaje SISBEN: <input type="checkbox"/> 14. Grupo de población especial: <input type="checkbox"/> 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SURA 16. Administradora de pensiones: PORVENIR	17. Ingreso base de cotización - IBC: \$ 1.160.000 18. Residencia: CI 17 F # 118 A-10 Dirección: jersonb@live.com Ciudad: BOGOTA Zona: <input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural Localidad / Comuna: CUNDINAMARCA
--	---

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: <input type="text"/> Segundo Apellido: <input type="text"/> Primer Nombre: <input type="text"/> Segundo Nombre: <input type="text"/>	20. Tipo de documento de identidad: <input type="text"/> 21. Número de documento de identidad: <input type="text"/> 22. Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino 23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
---	---

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

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo
Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre			Femenino Masculino
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

28. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A 29. Parentesco: <input type="checkbox"/> 30. Etnia: <input type="checkbox"/> 31. Discapacidad: Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> 32. Datos de residencia: Municipio / Distrito: <input type="text"/> Zona: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural Departamento: <input type="text"/> Teléfono fijo y/o celular: <input type="text"/> 33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS): <input type="text"/>

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: FONIBON RED CENTRO Código de la IPS (a registrar por la EPS): 1024 35. Nombre o razón social: CTA ACTIVOS 36. Tipo de documento de identificación: NIT 37. Número del documento de identificación: 900858785 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS): <input type="text"/> 39. Ubicación: CARRERA 7 # 17-501 Código postal: 3006158100 Correo electrónico: afiliacionesactivoscolombia@gmail.com Ciudad: BOGOTA Departamento: CUNDINAMARCA
--

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación Primer Apellido: <input type="text"/> Segundo Apellido: <input type="text"/> Primer Nombre: <input type="text"/> Segundo Nombre: <input type="text"/> 42. Fecha de nacimiento: 0 1 0 2 2 0 2 3 43. EPS anterior: <input type="text"/> 44. Motivo de traslado: <input type="text"/> 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: <input type="text"/>

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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 la no interacción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. <input type="checkbox"/> 50. Autorización para que la EPS 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 EPS reporte la información que se genere de la afiliación 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 EPS 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 EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input checked="" type="checkbox"/>
---	--

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: <i>JERSON BEDOYA</i>	55. El empleador, agente o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio: <i>DANIELA</i>
--	---

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> Total: 1	57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. <input type="checkbox"/> 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 la unión marital. <input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/>	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/> 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 dos padres. <input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. <input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 65. Copia del acto administrativo o resolución de las autoridades competentes en la que consta la calidad de beneficiario o se declare la pérdida de oficio. <input type="checkbox"/>
--	---	---

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial Código del municipio: <input type="text"/> Código del departamento: <input type="text"/> 67. Datos del SISBEN Número de la ficha: <input type="text"/> Puntaje: <input type="text"/> Nivel: <input type="text"/> 68. Fecha de radicación: D D M M A A A A 69. Fecha de validación: 02 FEBRERO 2023 70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido: <input type="text"/> Segundo Apellido: <input type="text"/> Primer Nombre: <input type="text"/> Segundo Nombre: <input type="text"/> Tipo de documento de identidad: <input type="text"/> Número de documento de identidad: <input type="text"/> 71. Firma del funcionario: COD.341 ARBEY GALINDO DONCEL OBSERVACIONES: PRIMER PAGO MARZO EN BASE
--

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

VIGILADO SuperSalud

Caja de Compensación Familiar - COMPENAFAM EPS

VIGILADO SuperSubsidio

**CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL
AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO**

	SI	NO
¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del afiliado (cotizante):

No. Identificación: 1000324882

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____
lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____
con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección: _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos
de quien no sabe
firmar:

Identificación: _____



AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en: www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante):

No. Identificación: 1000324882