

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 APORTE 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

PAGADA 2023-02-01 12:15:20.0

## I. DATOS DEL APORTEANTE

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
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.	BOGOTA D.C.

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

ING	RET	TIR	TAE	TIP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IOE	LMA	VAC	AVP	VCT	RP	Días AFP	Días EPS	Días Asig	Días CCF	Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión			Salud			Riesgos			Caja			Parafiscales									
																							Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA
X																0	0	0	0		\$ 1 000 000	NIN-AF	0 %	\$ 0	\$ 0	\$ 0	NIN-EP	0 %	\$ 0	\$ 0	\$ 0	14-11	4	4.350 %	\$ 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

Página 1 de 1

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.



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	2. Tipo de Afiliación A. Individual: • Colizante o cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidio <input type="checkbox"/>	4. Tipo de afiliado: A. Colizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <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	NOPE Segundo Apellido	JERSON Hacer Nombre	ANDRES Segundo Nombre
7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número de documento de identidad 1000324882	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 0 1 0 1 2 0 0 2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	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 Zona Urbana  Rural  Localidad / Comuna CUNDINAMARCA

19. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	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 Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco Etnia	30. Discapacidad Tipo F N M Condición P	31. Datos de residencia Municipio / Distrito Zona Urbana / Rural Departamento Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS Cct: FONTIBON RED CENTRO	35. Código de la IPS (a registrar por la EPS) 1024	36. Nombre o razón social CTA ACTIVOS	37. Número del documento de identificación 900858785	38. Tipo de aporte o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación CARRERA 7 # 17-501	40. Código	41. Número de documento de identificación 3006158100	42. afiliacionesactivoscolombia@gma	43. BOGOTA Distrito CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

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 de documento de identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento D D M M A A A A
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	42. Fecha 0 1 0 2 2 0 2 3

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. 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 impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario. 49. Declaración de no intermisión del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales a una Institución Prestadora de Servicios de Salud. 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.	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. 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. 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
--	--

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario JERSON BEDOYA	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio DIAZ LLOREZ
---	---

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 checked="" type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> Cant <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Cant <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Cont <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Cant <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> Cant <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> B	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo o de custodia.
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	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.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	63. Copia de la autorización de trabajo por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos o escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	65. Copia del acto administrativo o resolución de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se establezca la situación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial Código del municipio	67. Datos del SISBÉN Número de la ficha	68. Fecha de trámite D D
69. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario

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 VI del formulario.		

	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](http://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 [proteccióndedatos@compensar.com](mailto:proteccióndedatos@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