

Medellín, 03 de August de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

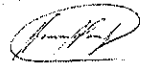
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de TRANSTUR DEL ORIENTE SAS.

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 SANTANDER				Clase: 4	Porcentaje Cotización:	4.35 %
C1098754517	MENDEZ ARIAS GUSTAVO ANDRES	04/08/2023		38199131	DEPENDIENTE	POR INICIAR

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 03/08/2023 17:37:44 .

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

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

Dirección IP: 181.206.114.53, 192.230.104.6, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

NIT 800.130.907-4

Lea las Instrucciones que se encuentran en el formulario antes de diligenciarlo

CÓDIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" 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 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) <input type="text"/>

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres Primer apellido: <u>Castano</u> Segundo apellido: <u>Andres</u> Primer nombre: <u>Andres</u> Segundo nombre: <u>Andrés</u>			
7. Tipo de documento de identidad <u>Cédula</u>	8. Número del documento de identidad <u>1.098.754.57</u>	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento <u>10/10/80</u>

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia <input type="text"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>	13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales -ART <u>Surto</u>	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización EPS <u>1.100.000</u>	
18. Residencia <u>Comuna 21 #11-43</u>	Teléfono Fijo <u>354776667</u>	Correo electrónico	
Municipio/Distrito	Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad/Comuna	Departamento

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: Segundo apellido: Primer nombre: Segundo nombre:			
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		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Primer apellido	Segundo apellido	Femenino	Masculino		
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				
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo: F, N, M; Condición: T, P	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				

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Miembro o razón social <u>Transfix del oriente</u>	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación <u>901.666.357</u>	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación <u>Comuna 18 #36-69</u>	Teléfono <u>670210</u>	Correo electrónico	Municipio/Distrito: <u>Barranquilla</u> Departamento: <u>Atlántico</u>

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

NIT 800.013.027 - TEL: (021) 50.91