

Medellín, 16 de May 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 TURISMO DE ANTIOQUIA PARA COLOMBIA.

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 ANTIOQUIA				Clase: 4	Porcentaje Cotización: 4,35 %	
C1128454679 GUTIERREZ HOLGUIN ALEXANDER		17/05/2023		14434K23	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 16/05/2023 09:51:28.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

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

Dirección IP: 181.129.37.154, 198.143.41.15, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total
EPS-S

No de Radicación
4010272207

Fecha de Radicación
1 7 0 5 2 0 2 3

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las Instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1.Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2.Tipo afiliación B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/>	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. 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="checkbox"/> 1	

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres GUTIERREZ Primer apellido	HOLGUIN Segundo apellido	ALEXANDER Primer nombre	Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad CC	8.Número del documento de Identidad 1128454679	9.Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10.Fecha de nacimiento 1 4 0 8 1 9 9 1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales 11.Etnia 6	12.Discapacidad Tipo FNM Condición T P	13.Puntaje SISBEN <input type="checkbox"/>	14.Grupo de población especial <input type="checkbox"/>
15.Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	16.Administradora de Pensiones INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	17.Ingreso base de cotización - IBC 1160000	
18.Residencia CR 42 SUR 63 44 Dirección MEDELLIN Municipio/Distrito	Telefono fijo zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Localidad / comuna	3016392959 Telefono celular	AGUTIERREXHOLGUIN73@GMAIL.COM Correo electrónico ANTIOQUIA Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del convive o compañero(a) permanente cotizante 19. Apellidos y nombres completos Primer apellido 20. Tipo documento de identidad <input type="checkbox"/>	Segundo apellido 21. Número documento identidad <input type="checkbox"/>	Primer nombre 22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Segundo nombre 23. Fecha de nacimiento <input type="checkbox"/>
--	--	---	---

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales 24. Apellidos y nombres Primer apellido B1 B2 B3 B4 B5	Segundo apellido B1 B2 B3 B4 B5	Primer nombre B1 B2 B3 B4 B5	Segundo nombre B1 B2 B3 B4 B5
25. Tipo documento de identidad B1 B2 B3 B4 B5	26. Número de identidad B1 B2 B3 B4 B5	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento B1 B2 B3 B4 B5

Datos complementarios 29. Parentesco B1 B2 B3 B4 B5	30. Etnia B1 B2 B3 B4 B5	31. Discapacidad Tipo F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	Condición B1 B2 B3 B4 B5
32. Datos de residencia Municipio/Distrito B1 B2 B3 B4 B5	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento B1 B2 B3 B4 B5	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 Salud - IPS C VS UAB JUNIN - SOCIEDAD MÉDICA RIONEGRO CAP ODONTOLOGIA B B	Código de la IPS (a registrar por la EPS) VSJUNIN - SOMERODON
---	--

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO 35. Nombre o razón social TURISMO DE ANTIOQUIA PARA COLOMBIA SAS	36. Tipo de identificación NIT <input type="checkbox"/>	37. Número de documento de identificación 811041306	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01
39. Ubicación CL 27 A 79 39 Dirección 4447240 Teléfono	NPAISATOURS@GMAIL.COM Correo electrónico	MEDELLIN Municipio/distrito B1 B2 B3 B4 B5	ANTIOQUIA Departamento B1 B2 B3 B4 B5

M-PYGA-F001 V 1.0-2018