

Medellín, 16 de May de 2023

## LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

## HACE CONSTAR:

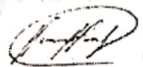
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de TURISMO DE ANTIOQUIA PARA COLOMBIA.

## 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

**SaludTotal** EPS-S

No de Radicación

4010272207

Fecha de Radicación

1/7/05|2/02/3

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

|  |   |   |
|--|---|---|
| 1. Tipo de trámite<br>A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>                                       | 2. Tipo afiliación<br>A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/><br>B. Institucional <input type="checkbox"/> | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/><br>Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> De oficio <input type="checkbox"/> |
| 4. Tipo de afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> | 5. Tipo de cotizante<br>A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/> | 6. Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/>   |

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

A. AFILIACIÓN

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 6. Apellidos y nombres<br>GUTIERREZ<br>Primer apellido | HOLGUIN<br>Segundo apellido                        | ALEXANDER<br>Primer nombre   | Segundo nombre                           |
| 7. Tipo documento de identidad<br>CC                   | 8. Número del documento de identidad<br>1128454679 | 9. Sexo<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | 10. Fecha de nacimiento<br>1/4/08 1/9/91 |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

|  |                                |  |                         |
|--|--------------------------------|--|-------------------------|
| 19. Apellidos y nombres completos<br>Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre |                                |  |                         |
| 20. Tipo documento de identidad  | 21. Número documento identidad | 22. Sexo<br>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<br>Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre |                         |                                |                         |
| 25. Tipo documento de identidad  | 26. Número de identidad | 27. Sexo<br>Femenino Masculino | 28. Fecha de nacimiento |

|                |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 29. Parentesco |  |  |  | 30. Etnia |  |  |  | 31. Discapacidad<br>Tipo F M Condición T P |  |  |  |
|----------------|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|

|   |  |                      |  |              |  |                           |  |   |  |
|---|--|----------------------|--|--------------|--|---------------------------|--|---|--|
| 32. Datos de residencia<br>Municipio/Distrito |  | Zona<br>Urbana Rural |  | Departamento |  | Teléfono Fijo y/o celular |  | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |  |
|---|--|----------------------|--|--------------|--|---------------------------|--|---|--|

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS<br>C VS UAB JUNIN - SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO CAP ODONTOLOGIA |  | Código de la IPS (a registrar por la EPS)<br>VSJUNIN - SOMERODON |  |
|---|--|--|--|

|   |  |                                   |  |  |  |   |  |
|---|--|-----------------------------------|--|--|--|---|--|
| 35. Nombre o razón social<br>TURISMO DE ANTIOQUIA PARA COLOMBIA SAS |  | 36. Tipo de identificación<br>NIT |  | 37. Número de documento de identificación<br>811041306 |  | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)<br>01 |  |
| 39. Ubicación<br>CL 27 A 79 39 Dirección                            |  | 4447240 Teléfono                  |  | NPAISATOURS@GMAIL.COM Correo electrónico               |  | MEDELLIN Municipio/distrito   |  |

M-PYGA-F001 V 1.0-2018