

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1201675	
RAZON SOCIAL	TRANSPORTADORA ASIA S.A.S	
IDENTIFICACION:	NI 811007864	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	Inicio de vigencia	Identificación
96050456	2024-2-12	CC 1040746145
Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento
CANO GUERRA	DANIELA	1993-11-19
Dirección residencia	Localidad/Comuna	Zona
CALLE 65 # 55 - 01		Urbana
Ciudad/Departamento	Correo electrónico	Teléfono
BOGOTA D.C. Bogota D. C.	gestionhumana@tranasia.com.co	2662700
Celular	Sexo	
3001415735	Femenino	
Cargo	Salario	EPS
monitora	\$1,300,000.00	EPS Sura
AFP	Centro de Trabajo	
Proteccion	PRINCIPAL - OPERATIVO	
Tasa de riesgo	Clase de riesgo	Grado
4.35	4	50
Tipo afiliado cotizante	Subtipo afiliado cotizante	Tipo de modalidad
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	Tipo jornada	
2024-2-12	JORNADA UNICA	

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y / O PERSONAS A CARGO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA

FORMULARIO: 33614064

FECHA INGRESO: 2024/02/12

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR						
Doc Empresa	Sucur	Razón Social				
811007864	0	TRANSPORTADORA ASIA S.A.S				

DATOS DE TRABAJADOR						
Tipo Id	Doc Identidad	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
CC	1040746145	CANO	GUERRA	DANIELA		
Fecha Nac	Sexo	Estado Civil	Nivel Educativo	Centro de Costos	Fecha Ing Emp	
1993/11/19	F	SOLTERO	BTO.COMPLETO	0	2024/02/12	
Horas Trabajadas	Tipo Salario	Salario Mensual	Cargo	Profesión		
240	FIJO	1300000	GUIA ESCOLAR			
Correo electrónico			Autoriza envío de información			
Tipo Contrato	Fecha Terminación	Celular	Empresa con quien trabaja simultáneamente			
INDEFINIDO			Nombre Empresa		Salario Mensual	
					0	
Dirección de Residencia		Departamento	Municipio de Residencia	Barrio	Sector	Teléfono
KR 65 55 05		ANTIOQUIA	ITAGUI	CENTRO	U	0
Dirección donde labora		Departamento	Municipio donde labora	Barrio	Sector	Teléfono
KR 31 16 214		ANTIOQUIA	MEDELLIN	EL POBLADO	U	2662700
Administradora de Fondo de Pensiones		Administradora de Riesgos laborales		E.P.S.		Vive en Casa Propia
PROTECCION		ARP SURA		EPS SURA		NO

Certifico que los datos suministrados son verídicos y podrán ser validados en otras fuentes de información. La información suministrada es para uso exclusivo de COMFENALCO Antioquia y sus entes reguladores.

PENDIENTE POR AUTORIZAR DOCUMENTOS

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



No. de Radicación:
 Fecha de Radicación: D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐ 2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Colectante o cabeza de Familia ☒ Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐ 3. Régimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐ 4. Tipo de afiliado: A. Colectante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ Código (a registrar por la EPS): 01

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

6. Apellidos y nombres: CANO GUERRA DANIELA 7. Tipo de documento de identidad: CC 8. Número de documento de identidad: 1.040.746.145 9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐ 10. Fecha de nacimiento: 1 0 1 1 1 9 9 3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: 12. Discapacidad: Tipo F N M Condición T P 13. Puntaje SISBEN: 14. Grupo de población especial: 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: PROTECCION 16. Administradora de pensiones: 17. Ingreso base de cotización - IBC: \$1.300.000 18. Residencia: CRA 65 55-05 19. Dirección: MEDELLIN 20. Zona: Urbana ☒ Rural ☐ 21. Localidad / Comuna: ANTIOQUIA 22. Teléfono fijo: 3177604442 23. Teléfono celular: 3177604442

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: 20. Tipo de documento de identidad: 21. Número de documento de identidad: 22. Sexo: Femenino ☐ 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: Femenino ☐ Masculino ☐ 28. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A 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):

Selección de la IPS Primaria: 34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: Col B B B

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

35. Nombre o razón social: TRANSPORTADORA ASIA SAS 36. Tipo de documento de identificación: N 37. Número del documento de identificación: 811.007.864-0 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS): 39. Ubicación: CALLE 14 N. 30-13 40. Teléfono: 2662700 41. Correo electrónico: gestionhumana@tranasia.com.co 42. Municipio / Distrito: MEDELLIN 43. Departamento: ANTIOQUIA

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 ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☐ 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 ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte por fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad del Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad del Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: 42. Fecha de nacimiento: 43. EPS anterior: 44. Motivo de traslado: 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: CONFENALCO ANTIOQUIA

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 impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐ 49. Declaración de no intromisión del cotizante, cabeza de familia o de sus beneficiarios o afiliados adicionales en 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 reportante de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que posean bases de datos en común. ☐ 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: 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio:

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad. CH ☐ Cant ☐ RC ☐ Cant ☐ TI ☐ Cant ☐ CC ☐ Cant ☐ PA ☐ Cant ☐ CE ☐ Cant ☐ CA ☐ Cant ☐ SC ☐ Cant ☐ Total ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 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. ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción. ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. ☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio: Código del departamento: 67. Datos del SISBEN: Número de la ficha: Puntaje: Nivel: 68. Fecha de radicación: D D M M A A A A 69. Fecha de validación: D D M M A A A A 70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: 71. Tipo de documento de identidad: 72. Número de documento de identidad: 73. Observaciones: 74. Firma del funcionario:

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.



12 FEB 2024

Claudia Mora Gil

VIGILADO SuperSalud

VIGILADO SuperSubsidio