



No. de Radicación

Fecha de Radicación



171176130

(Leer las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

1. Tipo de Trámite

A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación

A. Individual: ☒ Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☒ C. Institucional ☒

3. Régimen

A. Contributivo ☒ B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado

A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☒ C. Beneficiario ☒

5. Tipo de Cotizante

A. Dependiente ☒ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☒

Código

(a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido Segundo Apellido

7. Tipo de documento de identidad

CN TI CE CD CCX PA SC

8. Número del documento de identidad

1036-648-717

9. Sexo

Femenino ☒ Masculino ☒

10. Fecha de nacimiento

26/11/1992

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

16. Administradora de Pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC

1300.000

18. Residencia Dirección

19. Apellidos y nombres

20. Tipo de documento de identidad

CN TI CE CD CC PA SC

21. Número del documento de identidad

3126313648

22. Sexo

Femenino ☒ Masculino ☒

23. Fecha de nacimiento

IV. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Conyuge o compañero(a) permanente cotizante

Primer Apellido Segundo Apellido

24. Apellidos y nombres

Primer Apellido Segundo Apellido

25. Tipo de documento de identidad

CN TI CE CD CC PA SC

26. Número del documento de identidad

27. Sexo

Femenino ☒ Masculino ☒

28. Fecha de nacimiento

29. Parentesco

V. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

Primer Apellido Segundo Apellido

30. Etnia

31. Discapacidad Tipo Condición

32. Datos de Residencia

Municipio/Distrito Zona

33. Valor de la UPC del Afiliado

Adicional (a registrar por la EPS)

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

35. Selección de la IPS Primaria

36. Tipo de afiliación

37. Tipo de afiliación

38. Tipo de afiliación

39. Tipo de afiliación

40. Tipo de afiliación

41. Tipo de afiliación

42. Tipo de afiliación

43. Tipo de afiliación

44. Tipo de afiliación

45. Tipo de afiliación

46. Tipo de afiliación

47. Tipo de afiliación

48. Tipo de afiliación

49. Tipo de afiliación

50. Tipo de afiliación

51. Tipo de afiliación

52. Tipo de afiliación

53. Tipo de afiliación

54. Tipo de afiliación

55. Tipo de afiliación

56. Tipo de afiliación

57. Tipo de afiliación

58. Tipo de afiliación

59. Tipo de afiliación

60. Tipo de afiliación

61. Tipo de afiliación

62. Tipo de afiliación

63. Tipo de afiliación

64. Tipo de afiliación

65. Tipo de afiliación

66. Tipo de afiliación

67. Tipo de afiliación

68. Tipo de afiliación

69. Tipo de afiliación

70. Tipo de afiliación

71. Tipo de afiliación

72. Tipo de afiliación

73. Tipo de afiliación

74. Tipo de afiliación

75. Tipo de afiliación

76. Tipo de afiliación

77. Tipo de afiliación

78. Tipo de afiliación

79. Tipo de afiliación

80. Tipo de afiliación

81. Tipo de afiliación

82. Tipo de afiliación

83. Tipo de afiliación

84. Tipo de afiliación

85. Tipo de afiliación

86. Tipo de afiliación

87. Tipo de afiliación

88. Tipo de afiliación

89. Tipo de afiliación

90. Tipo de afiliación

91. Tipo de afiliación

92. Tipo de afiliación

93. Tipo de afiliación

94. Tipo de afiliación

95. Tipo de afiliación

96. Tipo de afiliación

97. Tipo de afiliación

98. Tipo de afiliación

99. Tipo de afiliación

100. Tipo de afiliación

Calle 31 # 16-244
gohommarabi@familia.com.co

Medellin

Antioquia

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
☐ 3. Actualización del documento de identidad.
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
Código

- ☐ 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 de 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 BÁSICOS DEL EMPLEADOR

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad

CN TI CE CD
RC CCX PA SC

Número del documento de identidad

1036648377

Sexo

Femenino X

Masculino

Fecha de nacimiento

21/01/1972

42. Fecha

12/06/2024

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado

Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIÓN DE 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 beneficiarios.

- ☐
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, 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 o 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 1591 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.

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución

TRANSPORTADORA ASIA

LMD

NT: 811.007.864-0

- ☐
56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad CN RC TI CC PA CE CD SC

TOTAL

- ☐
57. Copia del dictamen de incapacidad permanentemente 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 de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

- ☐
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.

66. Identificación de la Entidad Territorial

Código del Municipio/Código del Departamento

67. Datos del SISBEN

Número de Iqna

Puntaje

Nivel

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de documento

Número de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

Observaciones:

14-Ago-2024

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

Salto de Radicación

Sticker procesamiento



SOPORTE DE NOVEDADES

INGRESO DE TRABAJADOR			
Radicado	Fecha Efectiva de la novedad		
98606554	12/08/2024		
Identificación	Apellidos		
1036648717	CUERVO VASQUEZ		
Sede	Cargo		
PRINCIPAL - OPERATIVO	Monitora		
EPS	AFP		
E.P.S. Sanitas S.A.	Porvenir		
Sexo	Inicio de Vigencia		
Femenino	12/08/2024		
	Nombres	Fecha de Nacimiento	
	JESSICA JOANNA	26/11/1992	
	IBC/Salario	1.300.000,00	

El presente documento es un soporte expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 08/08/2024 a las 10:24. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se hacen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 591 de 1999, por lo tanto, tienen plena validez jurídica.



TALLER EVALUATIVO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN AL PERSONAL

Nombre colaborador: **LUCELLY MEJIA BUILES**

Cargo: **Monitora**

Fecha: **08/08/2024**

Agradecemos su atención para responder el siguiente cuestionario que determinará el grado de eficacia de la capacitación, esto con el fin de identificar los aspectos menos fuertes y reforzarlos.

La nota máxima de evaluación es 5,0 de acuerdo con el número de preguntas se distribuye el puntaje de cada una, la evaluación es aprobada con un puntaje mayor o igual a 4.0

PREGUNTAS:

Responda falso o verdadero

Responde con una "V" si es verdadero o con una "F" si es falso según corresponda.

1. La política integrada de Transportadora Asia es la siguiente:

TRANSPORTADORA ASIA S.A.S implementa controles en sus procesos que le permitan tener un mejoramiento continuo en seguridad vial, para lograr reducir la accidentalidad de su parque automotor, generando así un compromiso de responsabilidad social en los servicios de transporte y cumplimiento a cabalidad de la normatividad de tránsito vigente. _____

2. Son medidas de prevención y seguridad

_____ Implementar protocolos de seguridad

_____ Solo realizar pausas activas una vez al mes

_____ Usa cascos, cinturones de seguridad, filtro solar y repelente de insectos

_____ No realizar mantenimientos preventivos de vehículos, instalaciones y demás.

Preguntas abiertas

3. Identifique 2 grupos de apoyo que estén conformados en Transportadora ASIA (Comités):

1) _____ 2) _____

Preguntas de selección múltiple

4. Selecciona cuales son los pasos que usted debe seguir en caso de sufrir un accidente laboral:

- a) Informar al jefe inmediato, dirigirse al médico de urgencias más cercano, asistir a controles médicos.
- b) No informar al jefe inmediato, dirigirse inmediatamente al médico de urgencias más cercano.
- c) Informar al jefe inmediato, dirigirse al médico de urgencias más cercano, reportar a la ARL, diligenciar el FURAT, asistir a controles médicos.

FORMULARIO: 33790521

FECHA INGRESO: 2024/08/13

Doc Empresa		Sucur		DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR			
811007864		0		Razón Social TRANSPORTADORA ASIA S.A.S			
DATOS DE TRABAJADOR							
Tipo Id	Doc Identidad	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
CC	1036648717	CUERVO	VASQUEZ	JESSICA	JOANNA		
Fecha Nac	Sexo	Estado Civil	Nivel Educativo	Centro de Costos	Fecha Ing Emp		
1992/11/26	F	SOLTERO	BTO.COMPLETO	0	2024/08/12		
Horas Trabajadas	Tipo Salario	Salario Mensual	Cargo	Profesión			
90	FIJO	650000	GUIA ESCOLAR				
Correo electrónico				Autoriza envío de información			
CJESSICA.JHOANNA@GMAIL.COM							
Tipo Contrato	Fecha Terminación	Celular	Empresa con quien trabaja simultáneamente		Salario Mensual		
OBRA REALIZADA		3126313613	Nombre Empresa		0		
Dirección de Residencia	Departamento	Municipio de Residencia	Barrio	Sector	Teléfono		
KR 31 16 214	ANTIOQUIA	ENVIGADO	SIN IDENTIFICAR	U	2662700		
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			
PORVENIR	COLUMENA		EPS SANITAS	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

