

## Resultados del registro de novedades de reingreso



EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6I\_5012961

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

### Reingreso 1

Empleador	NI 811007864 TRANSPORTADORA ASIA S.A.S.
Afiliado	CC 1001418623 LAURA CRISTINA JARAMILLO MARTINEZ
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	\$ 1,423,500
Cargo	OTRO
Sucursal	MEDELLIN CL 14 # 30 13
Fecha de ingreso	03/02/2025
Fecha de radicación	03/02/2025 09:30:06 a.m.
Código de Transacción	192108043
Resultado del Reingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El periodo de inicio de pago es 03/2025

Fecha de generación

03/02/2025

### REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

<b>CONTRATO:</b>	1201675
<b>RAZON SOCIAL</b>	TRANSPORTADORA ASIA S.A.S.
<b>IDENTIFICACION:</b>	NI 811007864

### INGRESO DE TRABAJADOR


<b>Radicado</b>	<b>Inicio de vigencia</b>	<b>Identificación</b>
100711264	2025-2-3	CC 1001418623
<b>Apellidos</b>	<b>Nombres</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
JARAMILLO MARTINEZ	LAURA CRISTINA	2002-7-19
<b>Dirección residencia</b>	<b>Localidad/Comuna</b>	<b>Zona</b>
CARRERA 31 N 16 214	MEDELLIN	Urbana
<b>Ciudad/Departamento</b>	<b>Correo electrónico</b>	<b>Teléfono</b>
MEDELLIN - Antioquia	cristylau11@gmail.com	2662700
<b>Celular</b>	<b>Sexo</b>	
3196329460	Femenino	
<b>Cargo</b>	<b>Salario</b>	<b>EPS</b>
MONITORA	\$1,423,500.00	EPS Sura
<b>AFP</b>	<b>Centro de Trabajo</b>	
Porvenir	PRINCIPAL - OPERATIVO	
<b>Tasa de riesgo</b>	<b>Clase de riesgo</b>	<b>Grado</b>
4.35	4	50
<b>Tipo afiliado cotizante</b>	<b>Subtipo afiliado cotizante</b>	<b>Tipo de modalidad</b>
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
<b>Fecha efectiva de la novedad</b>	<b>Tipo Jornada</b>	
2025-2-3	TURNOS	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE  
DEPENDIENTE A LA CAJA DE  
COMPENSACIÓN FAMILIAR**

**Número de solicitud**  
**032025711402**  
**03/02/2025**

<b>Tipo de Solicitante</b>			
Dependiente			
<b>1. Datos de la empresa</b>			
Nit de la empresa 811007864		Código de la sucursal 4921	
Razón Social TRANSPORTADORA ASIA S.A.S			
<b>2. Datos del trabajador</b>			
Tipo de identificación Cédula de ciudadanía	No. Identificación 1001418623	Primer nombre LAURA	Segundo nombre CRISTINA
Primer apellido JARAMILLO	Segundo apellido MARTINEZ	Fecha de nacimiento 19/07/2002	Género Femenino
Estado civil	Nivel educativo Básica secundaria completa	Horas trabajadas 95	
Fecha de inicio labores con empleador 03/02/2025		Tipo de Salario FIJO	Salario mensual 712000
Tipo de contrato Obra/Labor	Fecha de terminación del contrato	Ocupación / Profesión Guías	
Municipio donde labora	Orientación sexual Heterosexual	Factor de vulnerabilidad No aplica	
Pertenencia étnica No se auto reconoce en ninguno de los anteriores		Cabeza de hogar No	Vive en casa propia No
Numero de celular 3196329460	Correo electrónico cristylau11@gmail.com	Dirección Diagonal 33 # 32 Sur 39	
Autoriza envío de informació Si	País de residencia COLOMBIA	Departamento ANTIOQUIA	
Municipio ENVIGADO	Sector No	Número de teléfono	Medio de pago cuota monetaria
Número de cuenta	Tipo de Cuenta	Entidad Bancaria	

  
VIGILADO SuperSubsidio

El suscrito LAURA CRISTINA JARAMILLO MARTINEZ con documento de identificación Cédula de ciudadanía No. 1001418623 en mi nombre propio, solicito a **Solicitud Afiliación Trabajador dependiente y Grupo Familiar**, la afiliación y si fuera aceptado me comprometo a cumplir y respetar todas las normas, así como las disposiciones legales que se refieren al subsidio familiar.

Acepto de antemano que la violación por mi parte de cualquiera de estas normas, dará derecho a **Solicitud Afiliación Trabajador dependiente y Grupo Familiar** para ordenar mi expulsión.

**Declaración:**

Declaro que la información registrada en este formulario es cierta y tiene por objeto solicitar la afiliación a **Solicitud Afiliación Trabajador dependiente y Grupo Familiar**. En caso de ser aceptado como afiliado me comprometo a cumplir y a respetar la legislación del Subsidio Familiar, al igual que los