



**Respetados señores:**

Agradecemos su confianza para permitir que sus trabajadores continúen afiliados con Savia Salud EPS en el régimen contributivo. Por medio de este comunicado, le informamos que la solicitud de afiliación de la señora ALEJANDRA JIMENEZ ALVAREZ identificada, con cédula de ciudadanía número 1037573034, bajo su razón social a partir del 25/03/2025, se encuentra en el proceso de validación y aprobación de los documentos soporte suministrados por usted.

Una vez completado el proceso de validación de documentos le estaremos informando por este mismo medio. En caso de que uno o más de los documentos exigidos por el Ministerio de Salud y Protección Social deban ser corregidos, por parte de usted o su trabajador, le solicitamos cargarlos en nuestra página web, o entregarlos al Asesor de Savia Salud que realizó la afiliación. Como Usted comprenderá es necesario contar con todos los soportes para que la afiliación sea efectiva.

Esta es la relación del estado de los documentos soporte de su afiliación:

Afiliado	Documento	Estado
ALEJANDRA JIMENEZ ALVAREZ	Cédula de Ciudadanía	Cargado
ALEJANDRA JIMENEZ ALVAREZ	Formulario de afiliación firmado	Cargado

Este e-mail se ha generado por un sistema automático. Por favor, no responda a este e-mail directamente.

Si tiene alguna inquietud relacionada a los procesos de movilidad entre regímenes o sobre el régimen contributivo para sus trabajadores, puede comunicarse con nosotros por los siguientes canales de Información, donde estaremos atentos a atenderlo:

1. Vía web por la opción (Canales de Contacto - Savia Salud EPS)
2. Por correo electrónico a [Inconsistencias.aseguramiento@saviasaludeps.com](mailto:Inconsistencias.aseguramiento@saviasaludeps.com)
3. Nuestra línea gratuita 018000423683.

Atentamente,

Jefatura Operativa de Afiliaciones de Aseguramiento  
Jefatura Operativa de Afiliaciones de Aseguramiento

Alianza Medellín Antioquia EPS – SAS NIT 900.604.350-0  
Tel: (4) 4601674 Calle 45 # 55-45 Piso 13 Ed. Business Plaza Medellín – Antioquia  
Email corporativo: [atencionalciudadano@saviasaludeps.com](mailto:atencionalciudadano@saviasaludeps.com)  
Para notificaciones de Tutelas: [notificacionesutelas@saviasaludeps.com](mailto:notificacionesutelas@saviasaludeps.com)  
Para notificaciones Judiciales: [notificacionesjudiciales@saviasaludeps.com](mailto:notificacionesjudiciales@saviasaludeps.com)



### 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>
101419118	2025-3-25	CC 1037573034
<b>Apellidos</b>	<b>Nombres</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
JIMENEZ ALVAREZ	ALEJANDRA	1900-1-1
<b>Dirección residencia</b>	<b>Localidad/Comuna</b>	<b>Zona</b>
CARRERA 40B 53B SUR 64	MEDELLIN	Urbana
<b>Ciudad/Departamento</b>	<b>Correo electrónico</b>	<b>Teléfono</b>
MEDELLIN - Antioquia	JANDRA2922@GMAIL.COM	2662700
<b>Celular</b>	<b>Sexo</b>	
3004552852	Masculino	
<b>Cargo</b>	<b>Salario</b>	<b>EPS</b>
MONITORA	\$1,423,500.00	SAVIA SALUD EPS
<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>	
2025-3-25	TURNOS	



<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 1037573034	Primer nombre ALEJANDRA	Segundo nombre
Primer apellido JIMENEZ	Segundo apellido ALVAREZ	Fecha de nacimiento 02/02/1986	Género Femenino
Estado civil	Nivel educativo Básica secundaria completa	Horas trabajadas 96	
Fecha de inicio labores con empleador 25/03/2025		Tipo de Salario FIJO	Salario mensual 712000
Tipo de contrato Obra/Labor	Fecha de terminación del contrato	Ocupación / Profesión	
Municipio donde labora	Orientación sexual Heterosexual	Factor de vulnerabilidad Cabeza de familia	
Pertenencia étnica No se auto reconoce en ninguno de los anteriores		Cabeza de hogar No	Vive en casa propia No
Numero de celular 3004552852	Correo electrónico jandra2922@gmail.com	Dirección Carrera 40 B # 53 B Sur 64	
Autoriza envío de información Sí	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	

El suscrito **ALEJANDRA JIMENEZ ALVAREZ** con documento de identificación **Cédula de ciudadanía No. 1037573034** 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