

Medellín, 04 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 DESTINY TOURS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000002 CONDUCTORES				Clase: 4	Porcentaje Cotización:	4.35 %
C80153739	CRESPO PEREZ ELKIN ALEJANDRO	05/02/2026		16418317	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 04/02/2026 14:51:34 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.211.135, 192.230.104.13, 172.16.42.57



Bogotá DC. 4 de Febrero de 2.026

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 4/2/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 80153739
Nombres y Apellidos	ELKIN ALEJANDRO CRESPO PEREZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 900710956
Razón Social Empleador	DESTINY TOURS SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	1/2/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	4/2/2026
Cargo	Conductor
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	\$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
<https://corporativo.compensar.com/autenticidad> y digite el

IsWnWraAS



FOR-PGIE-0100



Vigilado Supersubsidio

9012660851
9012660851

30275948

Fecha de Radicación
09 02 2026

1. 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 <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual B. Cotizante o cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> C. Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Contribución solidaria SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	5. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	6. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7. Código (a registrar por la EPS)
--	--	---	---	--	---	------------------------------------

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres Primer Apellido: CRESPO Segundo Apellido: PEREZ Primer Nombre: ELKIN Segundo Nombre: ALEJANDRO	9. Tipo de documento de identidad: CC	10. Número del documento de identidad: 80153739	11. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	12. Sexo identificación T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>	13. Nacionalidad
14. Lugar de nacimiento País: _____ Departamento: _____ Municipio: _____	15. Fecha de nacimiento 17 02 1981				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	19. Tiene encuesta SISBÉN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBÉN Nivel: _____ Grupo: _____	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC \$1.750.905	25. Tarifa contribución solidaria
26. Residencia Dirección: _____ Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____		27. Localidad / Comuna Cabezera Municipal <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____	28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Sexo identificación T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento País: _____ Departamento: _____ Municipio: _____	34. Fecha de nacimiento D 0 M M A A A A				

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	40. Sexo identificación F M T NB Otro Cual	41. Lugar de nacimiento País: _____ Departamento: _____ Municipio: _____	42. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	48. Clasificación SISBÉN NIVEL: _____ GRUPO: _____	49. Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	50. Incapacidad permanente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								
Dirección		Localidad / Comuna			Correo electrónico			
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								