

Reporte de radicación para la fecha: 03/07/2014

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de documento:	NIT	Numero de documento:	811010525	Código Empresa	eARL008607
Nombre:	RUTAS VERDE Y BLANCO LTDA				
Dirección:	CRA 67 N 78 250				
Departamento:	ANTIOQUIA	Municipio:	MEDELLIN		
E - mail:	info@rutasverdeyblanco.com.co gestionhumana@rutasverdeyblanco.com.co				
Teléfono:	4444265	Tarifa:	4,35000		
Actividad económica:	EMPRESAS DEDICADAS AL TRANSPORTE COLECTIVO NO REGULAR DE PASAJEROS				

DATOS USUARIO EMPRESA

Cédula usuario	Nombre usuario	Apellido Usuario
43477454	LIBIA	MORALES

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Afiliación	Cobertura Desde	Documento	Trabajador	Salario	Tarifa	Tipo
1	235	03/07/2014	04/07/2014	C - 3469853	LOPERA TOBON JAIME HUMBERTO	616.000	4.35	D

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana y solicite una reclasificación o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 o en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades.
Positiva Compañía de Seguros S.A.

Certificado impreso el día 03/07/2014 10:18:54 a. m. por la pagina web <http://www.positivaenlinea.gov.co>

axF bbabc3e6f92693c15c1ccedef81d3dc3

Informe Registro de novedades Comfama

NIT Empleador	811010525	Empleador	RUTAS VERDE Y BLANCO LTDA
Fecha generación	2014-07-03 14:16 p.m.		
Fecha desde	2014-07-03 00:00 a.m.	Fecha hasta	2014-07-03 23:59 p.m.

Afiliación de trabajador dependiente

Tipo documento	Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha nacimiento	Género	Estado civil	Tipo de salario	Salario	Horas día	Horas mes	Fecha ingreso	Actividad	Fecha novedad
Cédula	3469853	LOPERA	TOBON	JAIME	HUMBERTO	27.01.1962	Masculino	Casado	Fijo	616000.00	8	240	02.07.2014	VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES	03.07.2014

Afiliación de personas a cargo

Tipo documento	Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha nacimiento	Género	Parentesco	Discapacidad	Nivel educativo	Institución educativa	Documento cotizante	Fecha novedad
----------------	------------------	--------------	--------------	------------	------------	------------------	--------	------------	--------------	-----------------	-----------------------	---------------------	---------------

Afiliación de Conyuges

Tipo documento	Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha nacimiento	Género	Documento cotizante	Fecha novedad
Cédula	21714201	ARANGO	PALACIO	SONIA	BEATRIZ	09.04.1963	Femenino	3469853	03.07.2014

Actualización de datos de residencia de trabajador

Tipo documento	Número documento	Dirección	Departamento	Ciudad	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico o email	Fecha novedad
----------------	------------------	-----------	--------------	--------	---------------	---------	----------------------------	---------------

Retiro de trabajadores dependientes

Tipo documento	Número documento	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Fecha de retiro	Motivo del retiro	Fecha novedad
----------------	------------------	--------------	--------------	------------	------------	-----------------	-------------------	---------------

Retiro de personas a cargo

Tipo documento - Número documento	Tipo documento PAC	Número documento PAC	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Parentesco	Fecha de retiro	Motivo del retiro	Fecha novedad
-----------------------------------	--------------------	----------------------	--------------	--------------	------------	------------	------------	-----------------	-------------------	---------------

comfama

Aceptación de Términos de la afiliación Electrónica al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Señores

COOMEVA EPS S.A.

Ciudad

Yo,

con cédula

declaro que conozco y autorizo plenamente los términos y condiciones contenidos en el formulario de:

Tipo de Contrato		Formulario Electrónico		Fechas		
Afiliación	Inclusión	Número		Fecha de Digitado	Fecha de Radicación	Fecha de ingreso a la Empresa
☒	☐					03 07 2014

Si selecciona Afiliación (Diligencie estos campos)

Datos de la Empresa		Tipo de Salario			Salario Base
Tipo ID	Número	Fijo	Variable	Integral	
NIT	811010525	☒			\$ 616.000

Esta declaración la hago para los efectos consagrados en las normas que recogen la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y expreso que conozco las consecuencias de suministrar información incorrecta o no verdadera.

De igual forma declaro que he leído y aceptado toda la información registrada de forma electrónica por parte del Asesor Comercial relacionada con los datos de mi afiliación y/o de mi beneficiario(s), así como la consignada dentro del formulario de Estado de Salud mío y/o de mi beneficiario(s) en donde declaro no consumir medicamentos en forma permanente ni estar en tratamiento médico en curso.

Dejo constancia al pie de mi firma que recibí la Guía del Usuario y la Carta de desempeño.

Firma del Cotizante Declarante



Firma y sello del Empleador

Este documento debe ser entregado por el Asesor Comercial en un término de 24 horas en las instalaciones de COOMEVA EPS S.A., con sus documentos soporte de la afiliación.

NIT. 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"



No. de Radicación SAT

69CC346985306022020134800001

CÓDIGO ASESOR
Y/O PROMOTOR

17867

[illegible]

Q. 6. b. 1.

✓✓

3

1

Formulario Único de afiliación e inscripción Régimen Contributivo Trabajadores Dependientes - Independientes - Pensionados - Mixto

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formato)

1. Información para ser diligenciada por el Cotizante o Cabeza de grupo Familiar

Clase de Afiliación	Nuevo en el Sistema ☐	Traslado ☐	Reingreso ☒
Nombre de la Entidad de Salud EPS a la que se encontraba anteriormente afiliado			Fecha de Ingreso
016 / Cooameva E.P.S. S.A.			03 / 07 / 2014
Tipo Cotizante: DEPENDIENTE		Forma de Afiliación: Individual ☐ Colectiva ☐	

Información del Cotizante

1er. Apellido LOPERA	2do. Apellido TOBON	1er. Nombre JAIME	2do. Nombre HUMBERTO
Tp. Doc. CC	No. de Identificación 3469853	Fecha de Nacimiento 27 01 1962	Sexo F ☐ M ☒
Dirección Residencia Actual CL 8B 13A 14		Zona X ☐ R ☐	
Teléfono Residencia 3117649070	Ciudad/Municipio 05264 / ENTRERRIOS	Departamento 05 / ANTIOQUIA	Córeo Electrónico E-mail
Administrador a Fondo de Pensiones		IPS Médica 30100454 / BELLSALUD LTDA	IPS Odontológica 30100454 / BELLSALUD LTDA

Información de los Beneficiarios y Adicionales

No.	Tp. Doc.	No. de Identificación	Nombre Completo Beneficiario	Sexo	Fecha de Nacimiento	Parentesco	IPS Médica	IPS Odontológica
			1er. Apellido 2do. Apellido 1er. Nombre 2do. Nombre	F M	Día Mes Año			
1								
2								
3								
4								
5								

Complete la siguiente información en caso de que alguno de los Beneficiarios Directos o Adicionales tenga dirección diferente a la del Cotizante

No.	Dirección Residencia Habitual	Zona U R	Teléfono Residencia	Ciudad/Municipio	Departamento	IPS Médica	IPS Odontológica
1							
2							
3							
4							
5							

Declaración Jurada: Bajo la gravedad de juramento declaro que el (los) cotizante (s) y beneficiario(s) no están afiliado(s) a otra EPS en el POS y que la información que suministró es verídica.

Adicionalmente, Yo **JAIME HUMBERTO LOPERA TOBON** identificado(a) con **CC** **3469853** expedido en **03/07/2014** doy constancia de que recibí la información completa y de manera clara sobre los beneficios del Plan Obligatorio de Salud - POS y los derechos y deberes de los cotizantes y beneficiarios afiliados al Sistema General de Seguridad en Salud.

Firma del Cotizante
C.C. No.

Declaración de Convivencia

Notemos, _____ y _____ identificados como aparece al pie de nuestras firmas, bajo la gravedad del juramento declaramos que a la fecha de diligenciación del Formulario de afiliación a Cooameva EPS S.A., hemos convivido con la voluntad de conformar una familia de manera permanente.

Firma del Cotizante
C.C. No.

Firma del Cotizante
C.C. No.

B. Información Adicional del trabajador Independiente

Tp. Doc.	No. de Identificación	Nombre o Razón Social	Dirección Domicilio Principal	Teléfono	Fax
Ciudad/Municipio	Departamento	Actividad Económica	Administradora de Riesgos Profesionales		
Productor Agropecuario	Si ☐ No ☐	Posición Organizacional	Patrón o Empleador ☐	Trabajador Cuenta Propia ☐	Vivienda Propia Si ☐ No ☐
Nivel Educativo	Último año aprobado	Número Empresa: 1 (1 cotizante) ☐ 2 (2 a 9 cotizantes) ☐ 3 (10 o más cotizantes) ☐			
0 1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 6	Base de Cotización Mensual \$			
		Valor Cotización Mensual \$			

III. Información para ser diligenciada por el empleador o Entidad que tiene a cargo la pensión o agrupadora.

Tp. Doc.	No. de Identificación	Nombre o Razón Social	Ciudad Agencia
NI	811010525	RUTA VERDE Y BLANCO LTDA	MEDELLIN

Información sobre el empleado o Pensionado Cotizante

Fecha de Ingreso a la Empresa	Salario	Ingreso Base Mensual Pensional
03 07 2014	Eje ☒ Variable ☐ Integral ☐	\$ 616,000

Firma y Sello Empleador o entidad que tiene a cargo la Pensión o agrupadora

IV. Información para ser diligenciada por EPS.

Fecha Inicio Cobertura Urgencias	Fecha Inicio Servicios POS	Fecha Máxima Primer Aporte
03 07 2014	01 07 1997	01 07 1997
No. Identificación Promotor de Servicios	Nombre del Promotor de Servicios	Firma del Promotor de Servicios
Cod. 3013289	JUAN FERNANDO ZULUAGA RESTREPO	

Sello de Operaciones

Documentos no recibidos con el Formulario de Afiliaciones (Campo exclusivo para Cooameva EPS. S.A.)

Documento de Identidad	RG para acreditar parentesco	Registro Civil de Matrimonio	Certificado de estudios	Certificado Incapacidad Permanente	Otros Anexos
CO					
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					
Otros Anexos					

En el condición de cotizante me comprometo a aportar a COOAMEVA EPS S.A., dentro del término máximo de 30 días contados a partir de la presentación de la solicitud de afiliación, los documentos faltantes anteriormente relacionados, con los cuales acredito las condiciones legales de mis beneficiarios. Conozco que la no entrega de dichos documentos en el plazo señalado anteriormente, genera la suspensión en el sistema de los beneficiarios; y pasados 3 meses de suspensión será radicado.

Observaciones:

Firma del Cotizante

Firma del Promotor de Servicios