

Medellín, 20 de Abril de 2021

## LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

### 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 RUTAS VERDE Y BLANCO SAS que se encuentra EN COBERTURA.

### A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 RUTAS VERDE Y BLANCO LIMITADA		Clase: 4		Porcentaje Cotización:	4.35%
C43323578	CASTAÑO GOMEZ LINA MARCELA	01/07/2016		15821216	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C433235782111038347

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 20/04/2021 10:39:07 .

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

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

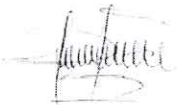
Dirección IP: 201.184.155.42, 198.143.41.28, 172.16.42.57

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LINA MARCELA CASTAÑO GOMEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **43323578**, se encuentra afiliado/a desde **14/05/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de abril de 2021.



**Rosa Mercedes Niño Amaya**  
Dirección de Afiliaciones

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILANCIA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# RADICADO

## 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)

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

Clase de Afiliación	Nuevo en el Sistema <input type="checkbox"/>	Traslado <input type="checkbox"/>	Reingreso <input checked="" type="checkbox"/>
Nombre de la Entidad de Salud EPS a la que se encontraba anteriormente afiliado <b>016 / Cooameva E.P.S. S.A.</b>			Fecha de Ingreso ____/____/____
Tipo Cotizante: <b>DEPENDIENTE</b>			Forma de Afiliación: Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/>

### Información del Cotizante

1er. Apellido <b>CASTAÑO</b>	2do. Apellido <b>GOMEZ</b>	1er. Nombre <b>LINA</b>	2do. Nombre <b>MARCELA</b>
Tp. Doc. <b>CC</b>	No. de Identificación <b>43323578</b>	Fecha de Nacimiento <b>30 10 1983</b>	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Teléfono Residencia <b>3677516</b>		Ciudad/Municipio <b>05001 / MEDELLIN</b>	Departamento <b>05 / ANTIOQUIA</b>
Administrador a Fondo de Pensiones <b>025 / ISS</b>		IPS Médica <b>30100104 / COOMEVA EPS INTEGRADOS IPS LTDA</b>	IPS Odontológica <b>30100104 / COOMEVA EPS INTEGRADOS IPS LTDA SE</b>

### Información de los Beneficiarios y Adicionales

No.	Tp. Doc.	No. de Identificación	Sexo	Fecha de Nacimiento	Nombres Completos Beneficiarios				Parentesco	Ocupación	Estrato
					1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre			
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	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 afiliados a otro EPS en el POS y que la información que suministro es verídica.	
Adicionalmente, Yo <b>LINA MARCELA CASTAÑO GOMEZ</b> Identificado(a) con <b>CC</b> Número <b>43323578</b> expedido en _____	Finca del Cotizante C.C. No. _____
y los derechos y deberes de los cotizantes y beneficiarios afiliados al Sistema General de Seguridad en Salud.	

Declaración de Convivencia	
Nosotros, _____ y _____ identificados como aparece al pie de nuestras firmas, bajo la gravedad de 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.	
Finca del Cotizante C.C. No. _____	Finca del Cotizante C.C. No. _____

### II. 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 Agrupador	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Posición Ocupacional	Patrón o Empleador <input type="checkbox"/> Trabajador Cuenta Propia <input type="checkbox"/>	Vivienda Propia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nivel Educativo		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
<b>NI</b>	<b>811010525</b>	<b>RUTA VERDE Y BLANCO LTDA</b>	<b>MEDELLIN</b>

### Información sobre el empleado o Pensionado Cotizante

Fecha de Ingreso a la Empresa	Salario	Ingreso Base mensual Pensional
<b>17 03 2014</b>	Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Variable <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/>	<b>\$ 616,000</b>

### IV. Información para ser diligenciada por E.P.S.

Fecha Inicio Cobertura Urgencias	<b>17 03 2014</b>	Fecha Inicio Servicios POS	<b>05 03 2003</b>	Fecha Máxima Primer Aporte	<b>05 03 2003</b>
No. Identificación Promotor de Servicios	<b>Cod. 3013289</b>	Nombre del Promotor de Servicios	<b>JUAN FERNANDO ZULUAGA RESTREPO</b>		

Sello de Operaciones

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

	Documento de Identidad	RC 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 COOMEVA 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 averito las condiciones legales de mis beneficiarios. Caso contrario 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:

Finca del Cotizante

Finca del Promotor de Servicios