

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 Identificación	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 / 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.

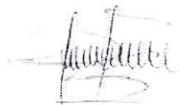
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

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.

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 Colizante 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 016 / Coomeva E.P.S. S.A.			Fecha de Ingreso [] / [] / []
Tipo Colizante: DEPENDIENTE		Forma de Afiliación:	Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/>

Información del Colizante

1er. Apellido CASTAÑO	2do. Apellido GOMEZ	1er. Nombre LINA	2do. Nombre MARCELA			
Tip. Doc. CC	No. de Identificación 43323578	Fecha de Nacimiento 30 10 1983	Sexo (X) M	Estado Civil	Dirección Residencia Actual CL 63 B NO 100-21 APA 202	Zona (X) R
Teléfono Residencia 3677516		Ciudad/Municipio 05001 / MEDELLIN		Departamento 05 / ANTIOQUIA	Correo Electrónico E-mail	
Administrador a Fondo de Pensiones 025 / ISS		IPS Médica 30100104 / COOMEVA EPS INTEGRADOS IPS LTDA		IPS Odontológica 30100104 / COOMEVA EPS INTEGRADOS IPS LTDA SE		

Información de los Beneficiarios y Adicionales

No.	Tip. Doc.	No. de Identificación	Nombres Completos Beneficiarios				Sexo	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Zona (X) R
			1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre				
1										
2										
3										
4										
5										

Completa la siguiente información en caso de que alguno de los Beneficiarios Directos o Adicionales tenga dirección diferente a la del Colizante.

No.	Dirección Residencia Habitual	Zona (X) 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) colizante (s) y beneficiario(s) no estan(s) afiliado(s) a otra EPS en el POS y que la información que suministro es verdadera.

Adicionalmente, Yo **LINA MARCELA CASTAÑO GOMEZ** Identificado(n) con **CC** Número **43323578** expedido en _____, dey constancia de que recibí la información completa y de manera clara sobre los beneficios del Pionero Obligatorio de Salud - POS y los derechos y deberes de los colizantes y beneficiarios afiliados al Sistema General de Seguridad en Salud.

Firma del Colizante
C.G. Nro.

Dedicatoria de Convivencia

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

Firma del Colizante
C.G. Nro.

Firma del Colizante
C.G. Nro.

II. Información Adicional del trabajador Independiente

Tip. Doc.	No. de Identificación	Nombre o Razón Social	Dirección Domicilio Principal	Teléfono	Fax
Ciudad / Municipio		Departamento	Actividad Económica		
Administradora de Pliegos Profesionales:					
Puedo ser Agropecuario		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Posición Ocupacional	Patrón o Empleador <input type="checkbox"/>	Trabajador Cuenta Propia <input type="checkbox"/>
Nivel Educativo		Único año cursado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yardero / Empresa, 1 (1) Colizante(s)	2 (2) o 3 (3) Colizante(s) <input type="checkbox"/> 3 (3) o más Colizante(s) <input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17
Basa de Cotización Mensual \$ _____					
Valor Cotización Mensual \$ _____					

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

Tip. Doc. NI	No. de Identificación 811010525	Nombre o Razón Social RUTA VERDE Y BLANCO LTDA	Cludad/Agrupación MEDELLIN
---------------------	--	---	-----------------------------------

Información sobre el empleado o Pensionado Colizante

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

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

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

Fecha Inicio Cobertura Urgencias 17 03 2014	Fecha Inicio Servicios POS 05 03 2003	Fecha Máxima Primer Apodo 05 03 2003
No. Identificación Promotor de Servicios Cod. 3013289	Nombre del Promotor de Servicios JUAN FERNANDO ZULUAGA RESTREPO	Firma del Promotor de Servicios

Sello de Operaciones

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

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

En mi condición de colizante 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 aclaro las condiciones legales de mis beneficiarios. Coomeva que la entrega de dichos documentos en el plazo establecido anteriormente, genera la suspensión en el sistema de los beneficiarios y pasados 3 meses de suspensión será retirado.

Observaciones: _____

Firma del Colizante _____

Firma del Promotor de Servicios _____