

Medellín, 05 de Agosto de 2024

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, en el centro de trabajo 0000000007 - 5 RUTAS V&B, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C70540796	SALGADO VILLA EDISON	31/07/2024		21925023	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

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: C10004418372421859584

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 05/08/2024 16:33:04.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.97.205.178, 192.230.104.11, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicación

4012893808

Fecha de Radicación

3|0|0|7|2|0|2|4

DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de

1.ipo de trámite	2.Tipo afiliación	A. Individual:	-Colizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/>	3.Regimen
Afiliación <input type="checkbox"/>	B.Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	-Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/>	A.Contributivo <input type="checkbox"/>
Tipo de afiliado	C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	B. Institucional <input type="checkbox"/>	B. De oficio <input type="checkbox"/>	B.Subsidiado <input type="checkbox"/>
Colizante <input checked="" type="checkbox"/>	B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/>	B. Independiente <input type="checkbox"/>	C. Pensionado <input type="checkbox"/>
5. Tipo de cotizante				
A. AFILIACIÓN				

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Apellidos y nombres	SALGADO Primer apellido	VILLA Segundo apellido	EDISON Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	CC	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
		70540796	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	0 7 0 1 1 9 7 8

DATOS COMPLEMENTARIOS

datos personales	11.Etnia	12.Discapacidad	Condición <input type="checkbox"/> TP	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de población especial
i. Administradora de riesgos Laborales - ARL	6	Tipo <input type="checkbox"/> FNM			

SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	COLFONDOS	1300000		
Residencia	CL 105A 75 45 Dirección	3105877234 Teléfono fijo	57 Telefonó celular	SALGADOEDISON69@GMAIL.COM Correo electrónico
Municipio/Distrito	MEDELLIN	zona	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	ANTIOQUIA Departamento

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante	1. Apellidos y nombres completos	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
	i. Tipo documento de identidad	21. Número documento Identidad		22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	

datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales	2. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
	2.1				
	2.2				
	2.3				
	2.4				
	2.5				
. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo	Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
1					
2					
3					
4					
5					

datos complementarios	30. Etnia	31. Discapacidad	Condición
.Parentesco		F N M	T P
1			
2			
3			
4			
5			

Datos de residencia	Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			
1					
2					
3					
4					
5					

selección de la IPS Primaria	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS FLORIDA - VS FLORIDA	VSFLORIDA - VSFLORIDA
	-	-
	-	-
	-	-

DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO	36. Tipo de Identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aporte o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
.Nombre o razón social			

RUTAS VERDE Y BLANCO LTDA	NIT	811010525	01
---------------------------	-----	-----------	----

Ubicación	CL 79 67 04 Dirección	4444265 Teléfono	GESTIONHUMANA@RUTASVERDEYBLANCO.COM Correo electrónico	MEDELLIN Municipio/distrito	ANTIOQUIA Departamento
-----------	--------------------------	---------------------	---	--------------------------------	---------------------------



comfama

Radicado: 1266987

Certificado de afiliación

La Caja de Compensación Familiar de Antioquia, Comfama

hace constar que:

Edison Salgado Villa con cédula de ciudadanía 70540796, se encuentra afiliado(a) a esta Corporación, en calidad de trabajador(a) dependiente, con tarifa de afiliación B, por intermedio de:

Razón social	Tipo Documento	Fecha afiliación	Fecha ingreso empresa*
Rutas Verde Y Blanco S.A.S.	NIT 811010525	2024-07-30	2024-07-30

*Fecha reportada por el empleador al momento de la afiliación a Comfama.

Tiene el siguiente grupo familiar registrado:

Nombre	Parentesco
Samuel Alejandro Salgado Restrepo	Hijo
Ana Milena Restrepo Yepes	Cónyuge/compañero(a)

Se expide esta constancia el dia 31 de julio de 2024 a solicitud del empleador.

Cordialmente,

JUAN SEBASTIÁN BARRERA HINCAPIÉ
Responsable Afiliaciones



COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) EDISON SALGADO VILLA identificado(a) con C.C No. 70.540.796, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el dia 23 de julio del 2024.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "J. Cáceres".

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantias