

Medellín, 11 de Enero de 2022

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, en el centro de trabajo 0000000001 - RUTAS VERDE Y BLANCO LIMITADA, Clase de riesgo 4, Porcentaje de cotización 4.35%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C8177786	GALLEGOS CANO JUAN FELIPE	04/01/2022		17514041	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C428259312201141539

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

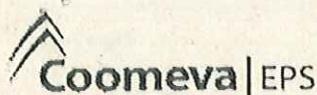
Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/01/2022 11:32:21.
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, 198.143.56.11, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No. de Radicación

Fecha de Radicación

D	D	M	M	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Regimen	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación <input type="checkbox"/>	B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	C. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
C. Tipo de Afiliado		S. Tipo de Colizante	
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>	B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

GALLEGOS

CANO.

JUAN

JULIAN

7. Tipo documento de Identidad

CC

8. Número del documento de Identidad

8.177.786

9. Sexo

Femenino

Masculino

10. Fecha de nacimiento

10/01/1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
<input type="checkbox"/>	Tipo <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Administradora de Riegos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones	
SURA.		PROTECCION	
18. Residencia		19. Datos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante	
CRA 129 # 67-122		Primer apellido <input type="checkbox"/> Segundo apellido <input type="checkbox"/> Primer nombre <input type="checkbox"/> Segundo nombre <input type="checkbox"/>	20. Tipo de documento de Identidad <input type="checkbox"/> 21. Número del documento de Identidad <input type="checkbox"/> 22. Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 23. fecha de Nacimiento <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>
MEDELLIN.		Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Localidad/Comuna <input type="checkbox"/> PEDREGAL	Correo electrónico <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> ANTIOQUIA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de Identidad <input type="checkbox"/>	21. Número del documento de Identidad <input type="checkbox"/>	22. Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. fecha de Nacimiento <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>
24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de Identidad <input type="checkbox"/> 26. Número del documento de Identidad <input type="checkbox"/> 27. Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 28. Fecha de nacimiento <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

29. Parentescos	30. Etnia	31. Discapacidad						
		Tipo	F	N	M	Condición	T	P
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								
32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)						
Municipio/Distrito <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Departamento <input type="checkbox"/> Telefono/ijo y/o Celular <input type="checkbox"/>						
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de los Servicios de Salud - IPS

C	Código de la IPS (a registrar por la EPS)			
B				
B				
B				

35. Nombre o razón social

36. Tipo de documento de

37. Número del documento de

38. Tipo de documento de