

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	GALLEGO 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.arlsura.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

Se Afilió Inicial / como segundo

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No. de Radicación

Fecha de Radicación

D D M M A 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. Régimen	
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"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	C. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>	B. Subsidado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de Afiliado		5. Tipo de Cotizante		Código (a registrar por la EPS)	
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		7. Tipo documento de Identidad		8. Número del documento de Identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
GALLIGO		CC		8.177.786		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		25/03/1985	
11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial			
		Tipo F N M Condición T P							

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de Cotización - IBC	
SURA		PROTECCION		1'000.000.	
18. Residencia		19. Teléfono fijo		20. Teléfono Celular	
CRA 129 # 67-122		3135977872		3135977872	
Municipio/Distrito		Zona		Localidad/Comuna	
Medellin		Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Pedregal	
Correo electrónico		Departamento			
				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		20. Tipo de documento de Identidad		21. Número del documento de Identidad		22. Sexo		23. Fecha de Nacimiento	
						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		D D M M A A A A	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de Identidad		26. Número del documento de Identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre						Femenino Masculino		D D M M A A A A	
B1								D D M M A A A A	
B2								D D M M A A A A	
B3								D D M M A A A A	
B4								D D M M A A A A	
B5								D D M M A A A A	

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 Zona Urbana Rural Departamento Telefonofijo y/o Celular					
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de los Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C			
B			
B			
B			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO.

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de	37. Número del documento de	38. Tipo de aportación o novedad
---------------------------	--------------------------	-----------------------------	----------------------------------