

Medellín, 04 de March 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.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 RUTAS VERDE Y BLANCO LIMITADA		Clase: 4		Porcentaje Cotización:	4.35 %
C8403249	LOAIZA HERNANDEZ HECTOR	05/03/2024		21969p15	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 04/03/2024 10:27:18 .  
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, 192.230.104.8, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**SaludTotal** EPS-S

No de Radicación

4011907567

Fecha de Radicación

04/03/2024

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo afiliación A. Individual: <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/>	A. Individual: <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/>	-Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/>		

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres LOAIZA Primer apellido	HERNANDEZ Segundo apellido	HECTOR Primer nombre	Segundo nombre
7. Tipo documento de Identidad CC	8. Número del documento de Identidad 8403249	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 25/01/1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia 6	12. Discapacidad Tipo <input checked="" type="checkbox"/> Condición <input checked="" type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	16. Administradora de Pensiones INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	17. Ingreso base de cotización - IBC 1300000	
18. Residencia CR 8 48 F 18 Dirección	MEDELLIN Municipio/Distrito	3022720224 Teléfono celular	HLOAIZA12L@GMAIL.COM Correo electrónico
zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / comuna	ANTIOQUIA Departamento	

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 completos Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de Identidad	21. Número documento Identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
25. Tipo documento de Identidad	26. Número de Identidad	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social RUTAS VERDE Y BLANCO LTDA	36. Tipo de identificación NIT	37. Número de documento de Identificación 811010525	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01
39. Ubicación CL 79 67 04 Dirección	4444265 Teléfono	GESTIONHUMANA@RUTASVERDEYBLANCO.COM.CO Correo electrónico	MEDELLIN Municipio/distrito
			ANTIOQUIA Departamento

## Registro de afiliación individual

RUTAS VERDE Y BLANCO S.A.S.

NIT 8110105251

Envío exitoso No. 1315955

Con este número podrás hacerle seguimiento a tu afiliación. Revisaremos esta información y, en 24 horas, te informaremos el resultado.

## Datos del trabajador

## Información general

Documento:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Género:	Estado civil:
CC 8403249	HECTOR LOAIZA HERNANDEZ	25/01/1961	Masculino	Soltero/a

## Residencia y contacto

Departamento:	Municipio:	Dirección:	Teléfono celular:	Teléfono fijo:	Correo electrónico:
Antioquia	Medellin	CL 25 # 65C - 28	3022720224		HLOAIZA125@GMAIL.COM

## Datos laborales

Tipo de contrato:	Tipo de salario:	Salario:	Horas contratadas al día:	Horas contratadas al mes:	Fecha de ingreso a la empresa:
Indefinido	Fijo	\$1,300,000	7	236	05/03/2024

Vigilado SuperSubsidio

## Archivos adjuntos

## Trabajador: HECTOR LOAIZA HERNANDEZ

Tipo de documento	Archivo	Tamaño
Cédula de Ciudadanía	<input checked="" type="checkbox"/> El documento soporte se encuentra en nuestra base de datos.	

Vigilado SuperSubsidio




LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HECTOR LOAIZA HERNANDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **8403249**, se encuentra afiliado/a desde **01/12/2010** 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 28 de febrero de 2024.



Rosa Mercedes Nino 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.