

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



No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011907567	0 4 0 3 2 0 2 4

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las Instrucciones que se encuentran anexas al fromulario 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 B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/>	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. De oficio <input type="checkbox"/>	3.Regimen A.Contributivo <input 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="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> CC	8.Número del documento de Identidad 8403249	9.Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10.Fecha de nacimiento 2 5 0 1 1 9 8 1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales Etnia <input type="checkbox"/> 6	12.Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> N	Condicion <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> P	13.Puntaje SISBEN <input type="checkbox"/>	14.Grupo de población especial <input type="checkbox"/>
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	Telefono fijo <input type="checkbox"/>	3022720224 Telefono celular <input type="checkbox"/>	HLOAIZA12L@GMAIL.COM Correo electrónico ANTIOQUIA Departamento	
zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / comuna <input type="checkbox"/>			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante 19. Apellidos y nombres completos Primer apellido <input type="checkbox"/>	Segundo apellido <input type="checkbox"/>	Primer nombre <input type="checkbox"/>	Segundo nombre <input type="checkbox"/>
20. Tipo documento de Identidad <input type="checkbox"/>	21. Número documento Identidad <input type="checkbox"/>	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento <input type="checkbox"/>

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

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

Datos complementarios

29. Parentesco B1 B2 B3 B4 B5	30. Etnia B1 B2 B3 B4 B5	31. Discapacidad Tipo F <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> M T <input type="checkbox"/> P	Condición T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>
--	---	--	--

32. Datos de residencia

Municipio/Distrito B1 B2 B3 B4 B5	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento <input type="checkbox"/>	Teléfono Fijo y/o celular <input type="checkbox"/>	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <input type="checkbox"/>
--	--	--	---	---

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C VS FLORIDA - VS FLORIDA B - B - B -	Código de la IPS (a registrar por la EPS) VSFLORIDA - VSFLORIDA <input type="checkbox"/>
--	--

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO	35. Nombre o razón social RUTAS VERDE Y BLANCO LTDA	36. Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> NIT	37. Numero de docuemnto de Identificación 811010525	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01
39. Ubicación CL 79 67 04 Dirección 444265 Teléfono	GESTIONHUMANA@RUTASVERDEYBLANCO.COM.CO Correo electrónico		MEDELLIN Municipio/districto	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 ..	Medellín	CL 25 # 65C - 28	3022720224		HLOAIZA125@GMAIL.COM

Datos laborales

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

Archivos adjuntos

Trabajador: HECTOR LOAIZA HERNANDEZ

Tipo de documento	Archivo	Tamaño
-------------------	---------	--------

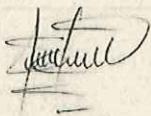
Cédula de Ciudadanía El documento soporte se encuentra en nuestra base de datos.

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.