FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar
NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: 06 / 10 / 2021

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran dentro del formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Afiliación [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional	A. Contributivo [X]	A. Cotizante	A. Dependiente [X]	(Si requiere portar el EPS)
B. Traslado de otra EPS	B. Colectivo [X]	D. Subsidiado	B. Cabeza de familia [X]	B. Independiente	
	C. Institucional		C. Pensionado	C. Pensionado	
	D. Oficioso				

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

9. Apellidos y nombres			
PORTILLA	GARZÓN	VALENTINA	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.033.792.061	Femenino [X] Masculino [ ]	30 09 1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Régimen Especial	16. Nombre de la Administradora de Pensiones
				PORVENIR - SURA	PORVENIR

17. Ingreso mensual	18. Residencia			19. Teléfono
908.526	Cll 50b SUR # 34-15 AP. 301			3125269626
Vportilla@gmail.com	BOGOTÁ	Zona Urbana [X]	Rural [ ]	CUNDINAMARCA

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 [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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 de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
			Femenino / Masculino	D D M M A A A A		
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

	31. Discapacidad				32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Cód.	Tipo Cód.			Municipio - Distrito	Zona Urbana / Rural	Dirección exacta	Teléfono de la vivienda	
	S	N	M	F	P					
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Afiliación de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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 identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o Código del trámite (Consultar con la EPS)

39. Ubicación			

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Mes Reportado de datos básicos no identificados [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización de datos básicos [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la vinculación con la EPS [ ] Causa [ ] 6. Reconocimiento en la EPS [ ] 7. Traslado de beneficiario o de afiliado adicional [ ] 8. Exclusión de beneficiario o de afiliado adicional [ ] 9. Inicio de suspensión de condicionamiento para cotizar [ ] 10. Terminación de la suspensión de la falta o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad A. Régimen Contributivo [ ] 14. Régimen Subsidiado [ ] 15. Traslado A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 16. Reintegro de Temporalidad [ ] 17. Reporte de Estado de protección al cesante [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			

Tipo de documento de identidad	Número del Documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]		05 10 2021

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar a Pagador de pensiones
	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de cero obligación de aportar al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario.
49. Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en otra Entidad Promotora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y entregue datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados y otras bases de datos públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

Valentina Portilla Garzon.

IX. ANEXOS

54. Anexo copia del documento de identidad	CED	RCD	TI	CE	PA	PE	CD	PD
Cantidad								

Total

55. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
56. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declara la unión marital.
57. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara el divorcio, sentencia judicial que declara la separación de cuerpos y cualquier otra providencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
58. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
59. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
60. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la sentencia o acto administrativo que declare la ausencia de los mismos.
61. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
62. Confirmación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
63. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

DAS16388 Famisanar 06 OCT 2021 Firma

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

64. Municipalización de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de Identidad	OBSERVACIONES:

71. Firma del funcionario

Declaro que toda la información suministrada en el presente formulario es auténtica y corresponde a la realidad, reconozco que en el caso contrario incurriré en el delito de falsedad en documento público.

Gaceta Sa...

- ORIGINAL ÚNICA -

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) VALENTINA PORTILLA GARZON identificado(a) con CC No. 1033792061, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de CONSROCIO INTER JUJ con NIT 9014009689:

- Fecha de afiliación a la Caja: 06/10/2021.
- Fecha de ingreso a la empresa: 05/10/2021.

JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Operación Afiliaciones

Bogotá D.C. 06/10/2021

VIGILADO SuperSubsidio

ARL | sura

Medellín, 11 de octubre de 2021

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 CONSORCIO INTER JUJ que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000003 3		Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C1033792061	PORTILLA GARZON VALENTINA	12/10/2021	30/09/2022	n6201351	DEPENDIENTE

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 11/10/2021 15:05:25 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.192.27, 198.143.41.29, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CODIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN: 40071999390

Fecha de Radicación: 06 | 10 | 2021

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: PEÑA	Segundo apellido: CADENA	Primer nombre: MAYRON	Segundo nombre: DAVID
7. Tipo de documento de identidad: C.C	8. Número del documento de identidad: 1.024.527.120	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 24 | 02 | 1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
[ ]		[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
SURA	PORVENIR	908.526.

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CR. 72N #38A-50		3153407616	mayrondavid22@gma

Municipio/Distrito	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna	Departamento
BOGOTÁ			CUNDINAMARCA.

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	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
[ ]			

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 de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
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 identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO INTER JOJ.	NIT	901400968-9	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CLL 59 #13-52.	2554463	Interventoria1 y/o @	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

VIGILADO Supersalud

PORTICO S.A. NIT: 900.514.402-8 TEL: (1)7244688

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CÓDIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS.
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguircotizando.
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad ☐	Número del documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha 05 10 2021

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código ☐	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios oafiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

Hayron David Peña
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total ☐
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad ☐	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020

VIGILADO Supersalud
IMPRESO EN LA NIT. 800.130.907-4 TEL: (1) 744 0288

ARL | sura

Medellín, 11 de octubre de 2021

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 CONSORCIO INTER JUJ que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000003 3		Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C1024527120	PEÑA CADENA MAYRON DAVID	12/10/2021	30/09/2022	20616122	DEPENDIENTE

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 11/10/2021 14:58:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.192.27, 198.143.41.29, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) MAYRON DAVID PENA CADENA identificado(a) con CC No. 1024527120, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de CONSROCIO INTER JUJ con NIT 9014009689:

- Fecha de afiliación a la Caja: 07/10/2021.
- Fecha de ingreso a la empresa: 05/10/2021.

JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Operación Afiliaciones

Bogotá D.C. 07/10/2021

VIGILADO SuperSubsidio

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT: CALLE 63

Fecha de Radicación: 05 10 M 2021

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	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Afiliación [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	(a registrar por la EPS)
B. Reporte de Novedades [ ]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: VARGAS	Segundo Apellido: NIÑO	Primer Nombre: WENDY	Segundo Nombre: DANIELA

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.020.830.427	Femenino [X] Masculino [ ]	01 02 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] [ ] [ ] Condición [ ] [ ]			SURA	PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
908.526	Dirección			Teléfono fijo	Teléfono celular
danielav094@gmail.com	Municipio / Distrito: BOGOTÁ	Zona Urbana [X] Rural [ ]	Localidad / Comuna		Departamento: CUNDINAMARCA

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	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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 de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
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		

	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
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 identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO INTERJUJ.	NT	901400968-9	

39. Ubicación				
Dirección: Cl 59 # 13-52 Of. 402	Teléfono: 2554463	Correo electrónico: Secretariajuj@gmail.com	Municipio / Distrito: BOGOTÁ	Departamento: CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	05 10 2021

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Fondo de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	[X]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	[ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	[ ]
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	[ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	[ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	[X]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	[X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	[X]

VIII. FIRMAS

Firma del cotizante, beneficiario o afiliado adicional	Firma del Representante Legal de la Administradora de Pensiones o de la Caja de Compensación Familiar
Daniela Vargas	Firma

DAS16389 Famisanar 05 OCT 2021

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]

58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) WENDY DANIELA VARGAS NINO identificado(a) con CC No. 1020830427, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de CONSROCIO INTER JUJ con NIT 9014009689:

- Fecha de afiliación a la Caja: 11/10/2021.
- Fecha de ingreso a la empresa: 05/10/2021.

JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Operación Afiliaciones

Bogotá D.C. 11/10/2021

VIGILADO SuperSubsidio

ARL | sura

Medellín, 11 de octubre de 2021

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 CONSORCIO INTER JUJ que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000003 3		Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C1020830427	VARGAS NIÑO WENDY DANIELA	12/10/2021	30/09/2022	222F9252	DEPENDIENTE

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 11/10/2021 14:48:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.192.27, 198.143.41.29, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: 14 | 10 | 2021

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades	B. Colectiva	B. Subsidiado	B. Cabeza de familia	B. Independiente	
	C. Institucional		C. Beneficiario	C. Pensionado	
	D. De oficio				

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
	VINCHIRA	RAMOS	MIGUEL	ANTONIO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	19.322.544	Femenino [ ] Masculino [X]	D D M M A A A A: 16 06 1954

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo (F, N, M) Condición (T, P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				SURA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
908.526	Cll 12 # 31-25.		3046243	3102582633	
Correo electrónico	BOGOTÁ	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad / Comuna	CUNDINAMARCA	

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	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificacion 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 de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
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. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
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 identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO INTERJUS	NIT	901400968-9	

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Ciudad	Departamento
Cll 59 # 13-52 Of. 402	2554463	Secretaviajusjgmail.com	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		[ ]	[ ]	D D M M A A A A	D D: 14 M M: 10 A A A A: 2021

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado: Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario	55. El empleador, aportante o representante de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ]

DAS16388 Total [ ]

Famisanar Auto

14 OCT 2021

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					Firma D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:

71. Firma del funcionario

Vigilado Supersalud

Recuerda que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Cadena s.a.

ARL | sura

Medellín, 14 de octubre de 2021

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 CONSORCIO INTER JUJ que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000003 3		Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C19322544	VINCHIRA RAMOS MIGUEL ANTONIO	15/10/2021	15/10/2022	16636251	DEPENDIENTE

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 14/10/2021 11:17:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.192.27, 198.143.41.22, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) MIGUEL ANTONIO VINCHIRA RAMOS identificado(a) con CC No. 19322544, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de CONSROCIO INTER JUJ con NIT 9014009689:

- Fecha de afiliación a la Caja: 14/10/2021.
- Fecha de ingreso a la empresa: 11/10/2021.

JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Operación Afiliaciones

Bogotá D.C. 14/10/2021

VIGILADO SuperSubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación

Fecha de Radicación 08 10 2021

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] — B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS): 07

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido FONSECA — Segundo Apellido CUBAQUE — Primer Nombre KAROL — Segundo Nombre LILIANA

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número de documento de identidad: 1.010.205.441

9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]

10. Fecha de nacimiento: 25 09 1992

B. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia:

12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]

13. Puntaje SISBÉN:

14. Grupo de población especial:

15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SURA

16. Administradora de pensiones: PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC: 908.526

18. Residencia: Zona Urbana [X] Rural [ ]

C 11 3 SUR # 70 - 81.

ing karol.fonseca@gmail.com — BOGOTÁ — CUNDINAMARCA

19. Número de Folios: 4

20. Número de Unidad Funcional: N / A

21. Número de Celular: 3107821368

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

22. Apellidos y nombres: Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre

23. Tipo de documento de identidad

24. Número de documento de identidad

25. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]

26. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

	27. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	31. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	32. Parentesco	33. Etnia	34. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	35. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	36. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

Selección de la IPS Primaria

	37. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot		
B		
B		
B		

38. Ubicación: C 11 59 # 13 - 52 OF 402 — 2554463 — secretaviajoj@gmail.com — BOGOTÁ — CUNDINAMA

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: CONSORCIO INTERJOJ.

36. Tipo de documento de identificación: NIT

37. Número del documento de identificación: 901400968 - 9

38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ]
   Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [X]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad
    A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado
    A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad — Número de documento de identidad — Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] — Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

42. EPS anterior — 44. Motivo de traslado: Código — 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones — Fecha 05 10 2021

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información por correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

Karol Fonseca.

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] MS [ ] Cant. [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencias judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la sentencia judicial o del acto administrativo de custodia y [illegible] en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración [illegible] sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización [illegible] por la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acta [illegible] en la que conste la calidad de [illegible]. [ ]

05 OCT 2021
Cod 673 Daniel Pabon Paez
SUJETO A VERIFICACIÓN

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD RECEPTORA

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio — Código del departamento

67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha — Puntaje — Nivel

68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)

69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad — Número de documento de identidad

71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: DAD on base, # porte 77/2027

VIGILADO Supersalud

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) KAROL LILIANA FONSECA CUBAQUE identificado(a) con CC No. 1010205441, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de CONSROCIO INTER JUJ con NIT 9014009689:

- Fecha de afiliación a la Caja: 11/10/2021.
- Fecha de ingreso a la empresa: 05/10/2021.

JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Operación Afiliaciones

Bogotá D.C. 11/10/2021

VIGILADO SuperSubsidio

ARL | sura

Medellín, 11 de octubre de 2021

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 CONSORCIO INTER JUJ que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000003 3		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1010205441	FONSECA CUBAQUE KAROL LILIANA	12/10/2021	30/09/2022	15816167	DEPENDIENTE

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 11/10/2021 15:13:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.192.27, 198.143.41.29, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps | salud

No. de Radicación

Fecha de Radicación 13 | 10 | 2021

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS): 01

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres: SANCHEZ GOEVARA ELBER FERNANDO

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número de documento de identidad: 1.023.889.381

9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]

10. Fecha de nacimiento: 23 09 1989

11. Etnia:

12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]

13. Puntaje SISBEN:

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

14. Grupo de población especial:

15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SURA

16. Administradora de pensiones: PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC: 908.526

18. Residencia: Cll 61 bis # 92-57 BOGOTA

Zona Urbana [X] Rural [ ]

Teléfono: 3223703759

Correo electrónico: ingfernandosanchez@gmail

Departamento: CUNDINAMARCA

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 de documento de identidad

22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]

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	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento (D M M A A A A)	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo	Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1				F N M T P						
B2				F N M T P						
B3				F N M T P						
B4				F N M T P						
B5				F N M T P						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Con		
B		
B		
B		1007

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: CONSORCIO INTERJUJ

36. Tipo de documento de identificación: NIT

37. Número del documento de identificación: 901400968-9

38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS): PORVENIR

39. Ubicación: Cll 59 # 13-52 OF 402 2554463 secretariajuj@gmail. BOGOTÁ CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de prolongación al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento (D D M M A A A A): 05 10 2021

43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular con mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

ELVER SANCHEZ.

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

El empleador, aportante o entidad responsable

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Folio [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial [illegible] [ ]
62. Documento en que conste [illegible] los padres o la declaración [illegible] [ ]
63. Copia de la autorización de [illegible] [ ]
64. Certificación de vinculación a una [illegible] [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia [illegible] la calidad de beneficiario o se ordene la [illegible] [ ]

13 OCT 2021 Cordial Saludo Alvaro Angel SUJETO A VERIFICACIÓN

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento

67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)

69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad

71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Apoyo Movilidad DyD on bove

Con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

VIGILADO SUPERSALUD

VIGILADO SuperSubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) ELBER FERNANDO SANCHEZ GUEVARA identificado(a) con CC No. 1023889381, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de CONSROCIO INTER JUJ con NIT 9014009689:

- Fecha de afiliación a la Caja: 13/10/2021.
- Fecha de ingreso a la empresa: 05/10/2021.

JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Operación Afiliaciones

Bogotá D.C. 13/10/2021

VIGILADO SuperSubsidio

ARL | sura

Medellín, 14 de octubre de 2021

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 CONSORCIO INTER JUJ que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000003 3		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1023889381	SANCHEZ GUEVARA ELBER FERNANDO	15/10/2021	15/10/2022	F1281472	DEPENDIENTE

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 14/10/2021 09:23:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.192.27, 198.143.41.22, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Página 1 de 1	PROCEDIMIENTO: CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2AR-FR-0058		
Fecha: 21-11-2019	CONSTANCIA DEL ESTADO DE AFILIACIÓN AL SUBSISTEMA DE SALUD PARA TITULARES COTIZANTES	
Versión: 1		

SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL

EL (LA) SUSCRITO (A) RESPONSABLE DE AFILIACIONES Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS

HACE CONSTAR QUE:

El (la) señor (a) JAIRO ERNESTO JIMENEZ PINEDA, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. CC 80222352, se encuentra afiliado (a) en calidad de Titular Cotizante en estado de afiliación ACTIVO, al Plan Obligatorio de Salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, Dirección de Sanidad (régimen de excepción) en el grado de Intendente, con estado laboral Asignación de Retiro.

Recuerde que la persona afiliada como cotizante a un régimen exceptuado o especial como es el caso de la Policía Nacional, que tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá efectuar la respectiva cotización al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), de conformidad con lo descrito en el **DECRETO 780 DE 2016 TÍTULO 13 DISPOSICIONES FINALES ARTÍCULO 2.1.13.5. REGÍMENES EXCEPTUADOS O ESPECIALES Y AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.**

La presente se expide a solicitud del interesado. Dada en Bogotá a los 06 días del mes de octubre del año 2021, para ser presentada a QUIEN INTERESE .

Atentamente,

AA-35 JULIETH DAYHAN DIAZ CUESTAS
Responsable Validación de Derechos

Escaneado con CamScanner

Medellín, 14 de octubre de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que JAIRO ERNESTO JIMENEZ PINEDA identificado(a) con cédula de ciudadanía 80222352 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 15/10/2021 **Fecha fin cobertura:** 10/10/2022

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

CONSORCIO INTER JUJ N901400968

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOT ACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000003 - 3

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6,96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5452201 - CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO NO RESIDENCIAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5452201 - CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO NO RESIDENCIAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5452201

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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: 14/10/2021 12.13 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA