

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Savia Salud EPS

Formulario No. 2648977355418

Fecha de radicación 11/02/2025

EPS040

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite		Tipo de afiliación:		Regimen	Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐	B. Reporte de Novedades ☒	A. Individual	- Cotizante o Cabeza de familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	SI ☐ NO ☒
Tipo de afiliado:		Tipo de Cotizante		Código	
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐		A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		registrar por la EPS 3	

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
TRUJILLO	ALVAREZ	JHON	DAIRO
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Biológico	Sexo Identificación
CC	1048017976	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál:
Nacionalidad	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento
COL	COLOMBIA	ANTIOQUIA	URRAO
			Fecha de nacimiento
			13/08/1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Comunidad	Discapacidad	Categoría de discapacidad
06 - Otros		SI ☐ NO ☒	Ninguna
Tiene encuesta SISBEN	Nivel SISBEN	Grupo SISBEN	Grupo de población especial
SI ☐ NO ☒	No aplica		
Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC	Tarifa contribución solidaria
14-28: ARL Sura	230201: Protección	\$ 1.423.500	
Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
BARRIO NUEVO		3205644899	jhondairotrujial@gmail.com
Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
ANTIOQUIA	BETULIA		Cab Municipal ☒ Centro poblado ☐ Rural disperso ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	ESE HOSPITAL GERMAN VELEZ GUTIERREZ - KR 21 # 15-20	Sede: 050930237101

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

Nombre o Razón social		Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones	
JHON DAIRU TRUJILLO ALVAREZ		CC1048017976		
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
BARRIO NUEVO		jhondairotrujial@gmail.com	BETULIA	ANTIOQUIA

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

EPS040

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. | ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. |
| ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. | ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. |
| ☐ 3. Actualización del documento de identificación | ☒ 14. Movilidad: ☒ A. Régimen Contributivo |
| ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. | ☐ B. Régimen Subsidiado |
| ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: <input type="text"/> | ☐ A. Mismo Régimen |
| ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero | ☐ B. Diferente Régimen |
| ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | ☐ 15. Traslado: |
| ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | ☐ 16 Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia. |
| ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. | ☐ 17. Reporte de trámite de protección al cesante. |
| ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. | ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. |
| ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país. | ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado. |
| | ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria. |
| | ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria. |

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo biológico	Sexo identificación
Fecha de nacimiento	Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones		
	06/02/2025					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- ☒ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- ☒ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- ☒ 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
- ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- ☒ 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
- ☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

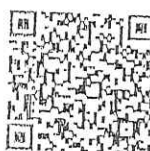
VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la contribución solidaria

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad		Número de documento de identidad	

IX. FIRMAS

Jhon Dairo Trujillo A.
El cotizante, cabeza de familia o beneficiario



El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de oficio

X. ANEXOS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Savia Salud EPS

Formulario No. 2648977355418

Fecha de radicación 11/02/2025

EPS040

☒ 56. Anexo copia de documento de identidad

CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
			1				

Cantidad: Total 1

☐ Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

☐ 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 date unión marital

☐ Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia

☐ 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

☐ Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor

☐ Copia del dictamen de Incapacidad permanente emitido por la autoridad competente

☐ Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital

☐ 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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación
Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario		
Tipo de documento de identificación		Número de identificación				

Observaciones

Observaciones:

Empresa:, Asesor:MARIA CAMILA BENITEZ HIGUITA, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:maria.benitez@saviasaludeps.com

Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de Savia Salud EPS e ingresando el código: 71B472C2-8D3E-49AF-A

Url: <https://contributivo.saviasaludeps.com/Publico/BoxaludPublico/Pages/COR.aspx>

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TRUJILLO ALVAREZ JHON DAIRO** identificado(a) con CC número **1.048.017.976** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 19 de febrero de 2016 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 11 de marzo de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2025031107312

Medellín, 04 de marzo de 2025

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

CERTIFICA:

Que JHON DAIRO TRUJILLO ALVAREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1048017976 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 07/02/2025

Fecha fin cobertura: 05/07/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
MUNICIPIO DE BETULIA N890982321	
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 1841201 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, INCLUYE EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARÁCTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS ÓRGANOS Y ORGANISMOS CENTRALES, REGIONALES Y LOCALES	
CLASE DE RIESGO: 1	PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 0.522%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - ADMINISTRATIVOS	
CLASE: 1	PORCENTAJE: 0.522% TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO: 1841201 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, INCLUYE EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARÁCTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS ÓRGANOS Y ORGANISMOS CENTRALES, REGIONALES Y LOCALES	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 2024001 - SERVICIOS DE APOYO A LA SILVICULTURA, INCLUYE LAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS FORESTALES, INVENTARIOS FORESTALES, SERVICIOS DE CONSULTORÍA DE GESTIÓN FORESTAL, EVALUACIÓN DE EXISTENCIAS MADERABLES, LUCHA CONTRA LAS PLAGAS FORESTALES.	
CODIGO DE ACTIVIDAD: 2024001	
CLASE DE RIESGO: 2	PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 1.044%

Su pago lo debe realizar con riesgo 2 (1.044 %), 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.

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:

C10376341402506339053

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:

04/03/2025 10:50 AM