ARL | SURA

Medellín, 10 de febrero de 2023

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 SERTEMP SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL CHOCO		Clase: 3		Porcentaje Cotización:	2,436 %
C6320096	MONTANCHEZ RODRIGUEZ EUBAR GERMAN	11/02/2023		91202132	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 10/02/2023 12:26:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.199.177, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CODIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

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 [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [✓] B. Colectiva [ ] D. De Oficio [ ] - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [✓] 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: Montanchez	Segundo apellido: Rodriguez	Primer nombre: Eybar (G)	Segundo nombre: Germán

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
Cedula.	6.320.096	Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
Sura.	Colfondos	$ 1.800.000

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Calle 4 Nro. 73-91 Apto 330		3175261142	germanrodriguez1@hotmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Cali	Urbana [✓] Rural [ ]		Valle

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 documento de identidad	27. Sexo F / M	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	31. Discapacidad	Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	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 E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
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 identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
Sertemp SAS	N I T	901.243.323 - 5	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
Cal. Carrera 45 # 7A 12	379 7144	3160191047	Cali	Valle.

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de identificación NIT CE CC PA CD	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección | Teléfono Fijo

Código Departamento | Código Municipio DIVIPOLA | Departamento

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 por parte de la EPS

Código

- [ ] 6 Inactivación por cruce EPS
- [ ] 7 Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8 Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9 Corrección de tipo de cotizante para cotizar
- [ ] 10 Suspensión por retiro voluntario o pérdida de las condiciones para continuar cotizando
- [ ] 11 Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12 Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13 Modalidad: A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14 Traslado: A. Mismo Régimen
  - [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15 Reactivación inmediata
- [ ] 16 Reporte del tránsito de pensionado al cesante
- [ ] 17 Reporte de la calidad de Pensionado
- [ ] 18 Reporte de la calidad de Pensionado

C. DATOS DEL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad CN RC TI CE CD RC CC PA SC	Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

D. 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 extrema, de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la presentación de documentos que acrediten 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 historias clínicas del cotizante cabeza de familia y de sus beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 51 Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación y 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 cabeza de familia, beneficiarios y 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 suministrado en el texto

E. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

F. ANEXOS

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

- [ ] 57 Copia del dictamen de incapacidad permanente parcial o de invalidez 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 la cesación de efectos civiles del matrimonio religioso o 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 jurada 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

G. 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 de documento	Número de documento de identidad	71 Firma del Funcionario

Observaciones:

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

Datos identificación y nombre del Encargado Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

EPS Sanitas

MANIFESTACION DE TRASLADO REALIZADO A TRAVÉS DEL SISTEMA DE AFILIACION TRANSACCIONAL (SAT)

Santiago de Cali, 25 de abril del 2023
Ciudad Fecha

Señores
EPS SANITAS

Manifestación de afiliación realizada a través del SAT (Sistema de Afiliación Transaccional)	
Por medio de la presente manifiesto que he realizado mi solicitud de traslado y/o el de mis beneficiarios a EPS Sanitas a través del sistema de afiliación transaccional (SAT) por medio del portal web www.miseguridadsocial.gov.co, en uso de mi derecho a la libre elección. Para lo anterior he recibido asesoría por parte del asesor de EPS Sanitas_____, respecto al proceso de traslado por medio de la plataforma, así mismo información relevante sobre el sistema general de seguridad social en salud, orientación para acceder a los servicios de salud, programas de promoción y prevención con los que cuentan los afiliados al sistema de seguridad social en salud, canales de comunicación establecidos por parte de EPS Sanitas para la atención de sus afiliados, red de oficinas y de Instituciones prestadoras de servicio adscritas a EPS Sanitas, entre otros.	
Firma del Cotizante Principal	**Datos colaborador EPS Sanitas** **(sticker o nombre, documento, sello o fecha de radicación del formato en mesa)**
Nombre del Cotizante Principal Eybar German Montanchez Rodriguez	
Documento de identidad del cotizante principal 6.320.096	
Nit Empleador 901.243.323-5	
Nombre Empleador Sertemp S.A.S.	
Numero de radicación SAT	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR

AFILIACIÓN

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
Montanchez	Rodriguez	Eybar	Geiman
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
CC	6.320.096	Contributivo	M	20 / 06 / 1975

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO	
Cali	Valle del Cauca	Comfandi		
TELÉFONO MÓVIL (1)	**TELÉFONO MÓVIL (2)**	**CORREO ELECTRÓNICO**	**CÓDIGO IPS**	**IPS ODONTOLÓGICA**
3175261142		seitempia@gmail.com		

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO.

3. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de Identidad	37 Número documento de Identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Seitemp	NIT	900243323	5	

4. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
Cra 45 # 74 -12	Cali	Valle	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
3747144	3160194047		seitempia@gmail.com	

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
11 / 02 / 2023	Coordinador de Planes	1.160.000

IV. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio
Eybar Geiman Montanchez	

VIGILADO Supersalud

nueva eps

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264 -2

CERTIFICA QUE:

El 2023 -02-16 23.50.37, el empleador SERTEMP SAS identificado con NI número 901243323
registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliacion Electrónica
VALE

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6o7602986710	2023 -02-16 23:50:37	REINGRESO

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CC	6320096	LYBAR GERMAN MONTANCHEZ	1160000	OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS PERSONALES NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMA	2023 -02-11

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 dias del mes de Febrero del año 2023.

Aportes inicio 1 febrero - 2023

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **EYBAR GERMAN MONTANCHEZ RODRIGUEZ**; identificado(a) con **CC** número **6320096**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **31/01/2022**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **14** días del mes **6** del año **2022**

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) EYBAR GERMAN MONTANCHEZ RODRIGUEZ identificado(a) con C.C No. 6.320.096, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 14 de junio del 2022.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Comfandi

Santiago de Cali, febrero 23 de 2023

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA
COMFAMILIAR ANDI - COMFANDI
HACE CONSTAR QUE:

EYBAR GERMAN MONTANCHEZ RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 6320096 se encuentra afiliado(a) en la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca - Comfamiliar Andi - Comfandi, por la empresa SERTEMP SAS con NIT 9012433235 desde el 23 de febrero de 2023, fecha de ingreso a la empresa el 1 de febrero de 2023.

VIGILADO SuperSubsidio

Cordialmente,

MARCO TULIO MONTES BOTERO
Gerente Subsidios y Aportes
Caja de compensación del Valle del Cauca
NIT 890.303.208-5

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 14/02/2024, el empleador SERTEMP SAS identificado con NIT número 901243323 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6796039	14/02/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	6320096	EYBARGERMAN MONTANCHEZ RODRIGUEZ	1800000	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	2024-02-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Febrero del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Powered by CamScanner