Medellín, 15 May 2024

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
CERTIFICA:

Que la información detallada a continuación corresponde a lo que se encuentra registrado en los sistemas de ARL SURA S.A. a la fecha 15/05/2024 14:47, con relación a la afiliación y cobertura de LUZ STELLA RIOS GUERRERO identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA 26643884, afiliado en calidad de Trabajador Independiente Voluntario.

Fecha de Inicio de cobertura: 12/05/2024
Fecha de fin de cobertura:
Estado actual de la cobertura: EN COBERTURA
Código de ocupación: 2320
Descripción ocupación: Profesores de formación profesional
Clase de riesgo: 1
Porcentaje de cotización: 0.522

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: C266438842413653225

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Dirección IP:181.59.151.17,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Código únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

* 01 B 16848335 *

* 0110757495 *

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ] E. Contribución Solidaria [ ]
CÓDIGO
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA MES AÑO

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: RIOS | SEGUNDO APELLIDO: GUERRERO | PRIMER NOMBRE: LUZ | SEGUNDO NOMBRE: ESTHER
7. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN MS RC TI [X] CC CE SC CD PE AS PT
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 26643884
9. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M
SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F [X] M T NB
10. FECHA NACIMIENTO: 25 05 1961 | PAÍS DE NACIMIENTO: Colombia | 11. NACIONALIDAD

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA | 13. COMUNIDAD INDÍGENA | 14. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD | 15. CLASIFICACIÓN DEL SISBEN: NIVEL | GRUPO | 16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 17. ARL: SURA | 18. AFP: Colpensiones
19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra 88 # 177D - 51
LOCALIDAD / COMUNA | BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: Bogotá | DEPARTAMENTO: Bogotá | ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
TELÉFONO FIJO | Ext.
TELÉFONO MÓVIL: 3118274621 | CORREO ELECTRÓNICO: esterco@hotmail.com
IPS | IPS ODONTOLÓGICA

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

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI CC CE SC CD PE PT | 23. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 24. SEXO BIOLÓGICO: F M | SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F M T NB
IPS | IPS ODONTOLÓGICA | 25. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO | PAÍS DE NACIMIENTO | 26. NACIONALIDAD

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

	27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DE IDENTIDAD	30. NACIONALIDAD	COMUNIDAD INDÍGENA	31. SEXO F M	32. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1		CN MS RC TI CC CE SC CD PE PA CO PE AS PT									
2		CN MS RC TI CC CE SC PA CO PE AS PT									
3		CN MS RC TI CC CE SC PA CO PE AS PT									
4		CN MS RC TI CC CE SC PA CO PE AS PT									
5		CN MS RC TI CC CE SC PA CO PE AS PT									

	36. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona U R	Teléfono	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G	U.G.F	C.T.A	SISBÉN NIVEL I II	GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1			U R								I II		
2			U R								I II		
3			U R								I II		
4			U R								I II		
5			U R								I II		

V. 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

39. Nombre o Razón Social: MARIA G.
40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: NI [ ] TI [X] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] PT [ ]
41. Número documento de identidad: 26643884 | DV | 42. Tipo de aportante o pagador de pensiones
43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Cra 88 # 177D - 51 | Bogotá | Bogotá | CORREO ELECTRÓNICO
TELÉFONO MÓVIL | TELÉFONO FIJO (EXT.) | FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DÍA MES AÑO | CARGO | OCUPACIÓN | SALARIO

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. 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/O 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 A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL 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 PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
20. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
46. FECHA (a partir de): 2 4 05 2024 | 47. EPS ANTERIOR Código | 48. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G [ ] U.G.F [ ] C.T.A [ ] | 49. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

I. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia. Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

50. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
51. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
52. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad. [ ]
53. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
54. 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. [ ]
55. 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. [ ]
56. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. [ ]
57. Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
58. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
59. Aceptación de la actualización del grupo familiar en Contribución Solidaria. [ ]

VII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

60. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI CC CE SC CD PE PT | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO BIOLÓGICO: F M | FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO | PAÍS DE NACIMIENTO

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique
62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

63. Anexo copia del documento de identidad: CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT | Cantidad | Total
64. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
65. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
66. 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. [ ]
67. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
68. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
69. 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. [ ]
70. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. [ ]
71. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
72. Copia del acto administrativo o providencia de tal autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]
Total Anexos

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

73. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio | Código del departamento
74. Datos del SISBÉN: SI [ ] NO [ ] | Clasificación
75. Pertenece a Grupo de población especial artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016: SI [ ] NO [ ] | CÓDIGO

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

76. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC CE SC CD PE PT | Número de identificación | 77. Firma del funcionario
78. Fecha de radicación: DÍA MES AÑO | 79. Fecha De Validación: DÍA MES AÑO

Néstor David Castro Ariza
310 235 9124
nestordcastroariza@gmail.com

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.

- 1a COPIA: EMPLEADOR ENTE TERRITORIAL -

IMPRESO POR SUMMAS SAS NIT. 830013188-4 22-APR-2024

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUZ ESTELA RIOS GUERRERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **26643884,** se encuentra afiliado/a desde **18/03/2003** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de mayo de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Powered by CamScanner