Medellín, 25 de July 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 HOGAR SAN FRANCISCO DE ASIS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000001401 HOGAR NAZARETH		Clase: 1	Porcentaje Cotización:	0.522 %	
C1075651534	BUSTOS CERON LEYDI JOHANA	26/07/2023		v1795188	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 25/07/2023 15:56:20 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.121.196, 198.143.41.46, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, FACULTATIVOS, PENSIONADOS Y ACREDITACIÓN DE PENSIONADOS POR FIDELIZACIÓN

Colsubsidio

Espacio reservado para el sello de radicación

I. TIPO DE NOVEDAD ☑ Afiliación ☐ Novedad ☐ Traslado

Fecha de Radicación DÍA MES AÑO

II. NOVEDADES (ELIJA LA NOVEDAD QUE ESTÁ REPORTANDO Y SELECCIONE CON UNA X)

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS	INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO	RETIROS	DATOS DE UBICACIÓN
☐ Nombres	☐ Hijos	☐ Voluntario	☐ Dirección y teléfono
☐ Documentos de Identificación	☐ Hermanos	☐ Cotizante por fallecimiento	☐ Correo electrónico
☐ Estado civil	☐ Padres	☐ Personas a cargo	Fecha Novedad DÍA MES AÑO
☐ Cambio de Aporte	☐ Hijastros	☐ Cese de convivencia	Otra:
	☐ Dependiente por Custodia	☐ Cambio de grupo familiar	

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT. ☑ C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ PE ☐ PT ☐ No. 860046667-0

Nombre o Razón Social: FUNDACION HOGAR SAN FRANCISCO DE ASIS

Sector: Oficial ☐ Público ☐ Privado ☑ Mixto ☐

Sucursal:

Dirección: CALLE 117 N 6A - 22

Departamento: CUNDINAMARCA

Teléfono: 7039516

IV. TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☑ | Servicio Doméstico ☐ | Madre Comunitaria ☐ | Taxista Independiente 2% ☐ | Pensionado aporte del 0% ☐ | Pensionado aporte del 0,6% ☐ | Pensionados aporte del 2% ☐ | Fidelidad 25 años ☐ | Facultativos aporte del 0,6% ☐ | Facultativos aporte del 2% ☐ | Independiente aporte 0,6% ☐

Independiente aporte 2% ☐ | Residente en el exterior ☐ | Veterano ☐

¿Afiliación por primera vez como no dependiente? SI ☐ NO ☐

Si estuvo afiliado a alguna Caja de Compensación, indique a cuál:

Otro

V. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR, INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Nombres: LEYDI JOHANA | Primer Apellido: BUSTOS | Segundo Apellido: CERON

C.C. ☑ C.E. ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ PE ☐ PT ☐ RC ☐ No. 1075651534

Estado Civil: SO ☑ CA ☐ SE ☐ UL ☐ VI ☐

Fecha de Nacimiento: AÑO MES DÍA 1985 09 17

Género: M ☐ F ☑ I ☐

Nivel Ocupacional: Operativo ☐ Administrativo ☐ Directivo ☐ Staff ☐ Ejecutivo ☐ Profesional ☐ Técnico ☑

Nivel Educativo: Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnico ☑ Profesional ☐ otro ☐

Ingreso a la empresa: AÑO MES DÍA 2023 07 26

Horas/mes: 188

Trabajador: UR ☑ RU ☐

Salario básico/mesada: 1281100

Celular: 3212753233

EPS (Solo para independientes)

AFP (Solo para independientes)

Dirección vivienda: CARRERA 36 NO 13E 06 - 4

Municipio: ZIPAQUIRA | Departamento: CUNDINAMARCA | Rural ☐ Urbano ☑ | Teléfono:

Dirección Trabajo: KM 4 VIA PELDAR

Municipio: COGUA | Departamento: CUNDINAMARCA | Rural ☐ Urbano ☑ | Teléfono:

Correo Electrónico:

País y Ciudad de Residencia (Solo para Residentes en el Exterior)

Programa (Sólo no dependientes)

VI. INFORMACIÓN OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA ☐ Actualmente ☐ Trabajo Anterior Fecha retiro: Fecha afiliación:

Nombre o razón social: | Nit. | Caja por la cual recibe subsidio:

VII. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ PE ☐ PT ☐ No. | Fecha de nacimiento: AÑO MES DÍA | Género: M ☐ F ☐ I ☐ | Trabaja: SI ☐ NO ☐ | Salario básico: | Fecha de ingreso a la empresa: AÑO MES DÍA

Nombres: | Primer apellido: | Segundo apellido

Razón social: | NIT. | Recibe subsidio: SI ☐ NO ☐ | Caja por la cual recibe subsidio

VIII. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

(Para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos descritos en la Circular Única Básica Jurídica expedida por la Superintendencia del Subsidio Familiar).

Para uso exclusivo de la Caja

DISCA	CM	SERV	TIPO	No. Documento identificación	Nombres	Apellidos	Parentesco: Cuidador	Hijo	Padre	Hermano	Hijastro	Custodia	Fecha de Nacimiento (AÑO MES DÍA)	Género
			TI	1072709687	CARLOS JERONIMO	ROMERO BUSTOS		✓					2014 03 28	M

Apreciado Afiliado: Tú y tu familia son muy importantes para Colsubsidio, por eso queremos estar siempre en contacto contigo. Para lograrlo es indispensable que nos autorices para contactarte. No olvides diligenciar de forma clara y correcta todos tus datos para contarte todo lo que tenemos para ti. Además ten presente que puedes reclamar tu tarjeta de afiliación Multiservicios en alguno de nuestros Centros de Servicio o Puntos de Crédito autorizados, ocho (8) días después de haber radicado este formulario.

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con el NIT 860.007.336-1, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con una variedad de áreas de negocio para la prestación de diversos bienes y servicios, tales como: la venta de todo tipo de mercaderías a través de sus supermercados, droguerías, tiendas y canal virtual, así como la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, alimentos y bebidas y crédito social, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mi, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la ley 1581 de 2012. Por lo anterior autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Redes sociales, Dirección de correspondencia, Teléfonos fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología. SI ☐ NO ☐

Colsubsidio informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones en el link www.colsubsidio.com "Manual de políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales" y elevar cualquier solicitud, petición o queja o reclamo a través de:
Líneas de servicio al cliente Colsubsidio: Línea Audio servicio Bogotá 7457900,línea nacional gratuita 018000947900, pagina web: www.colsubsidio.com opción servicio al cliente, correo electrónico servicioalcliente@colsubsidio.com o personalmente en cualquiera de los Centros de Servicio Colsubsidio.

EMPLEADOR SOLICITANTE/PENSIONADO SOLICITANTE
Declaro bajo la gravedad de juramento que la anterior información es exacta y necesaria para las funciones de las Cajas y no puede ser suprimida en cumplimiento de los artículos 3, 18, 27 y 37 de la Ley 21/82, Ley 789/02, Dec.2340/03, Dec. 586/04 y Res. 058/04.
NO DEPENDIENTE SOLICITANTE : Autorizo al pagador de mi salario/mesada para descontar y entregar a Colsubsidio el 2% o 0.6% de este valor como aporte de mi afiliación.

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

Leydi Bustos
FIRMA Y CÉDULA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

Recibe Subsidio?	No. Beneficiarios	Causal de rechazo (Ver respaldo)	Código Revisor	Observaciones
SI ☐ NO ☐	☐☐		☐☐☐	

Escaneado con CamS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LEYDI JOHANA BUSTOS CERON identificado(a) con CC 1075651534 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/10/2016
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM ZIPAQUIRA CENTRO
Categoría:	B

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 08 días del mes agosto del 2023 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Medellín, 25 de July 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 HOGAR SAN FRANCISCO DE ASIS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000001401 HOGAR NAZARETH		Clase: 1	Porcentaje Cotización:	0.522 %	
C1069099285	DELGADO ALVARADO MARIA CAMILA	26/07/2023		e4C18219	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 25/07/2023 16:17:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.121.196, 198.143.41.46, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, FACULTATIVOS, PENSIONADOS Y ACREDITACIÓN DE PENSIONADOS POR FIDELIZACIÓN

Colsubsidio

Espacio reservado para el sello de radicación

I. TIPO DE NOVEDAD ☑ Afiliación ☐ Novedad ☐ Traslado

Fecha de Radicación DIA MES AÑO

II. NOVEDADES (ELIJA LA NOVEDAD QUE ESTÁ REPORTANDO Y SELECCIONE CON UNA X)

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS	INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO	RETIROS	DATOS DE UBICACIÓN
☐ Nombres	☐ Hijos	☐ Voluntario	☐ Dirección y teléfono
☐ Documentos de Identificación	☐ Hermanos	☐ Cotizante por fallecimiento	☐ Correo electrónico
☐ Estado civil	☐ Padres	☐ Personas a cargo	Fecha Novedad DIA MES AÑO
☐ Cambio de Aporte	☐ Hijastros	☐ Cese de convivencia	Otra:
	☐ Dependiente por Custodia	☐ Cambio de grupo familiar	

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT ☑ C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ PE ☐ PT ☐ No. 8600466677-0

Nombre o Razón Social: FUNDACION HOGAR SAN FRANCISCO DE ASIS

Sector: Oficial Público ☐ Privado ☑ Mixto ☐

Sucursal:

Dirección: CALLE 117 N 6A - 22

Departamento: CUNDINAMARCA

Teléfono: 7039516

IV. TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☑	Servicio Doméstico ☐	Madre Comunitaria ☐	Taxista Independiente 2% ☐	Pensionado aporte del 0% ☐	Pensionado aporte del 0,6% ☐	Pensionados aporte del 2% ☐	Fidelidad 25 años ☐	Facultativos aporte del 0,6% ☐	Facultativos aporte del 2% ☐	Independiente aporte 0,6% ☐		
Independiente aporte 2% ☐	Residente en el exterior ☐	Veterano ☐	¿Afiliación por primera vez como no dependiente? SI ☐ NO ☐	Si estuvo afiliado a alguna Caja de Compensación, indique a cuál:	Otro:							

V. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR, INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
MARIA CAMILA	DELGADO	ALVARADO

C.C. ☑ C.E. ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ PE ☐ PT ☐ RC ☐ No. 1072658772

Estado Civil: SO ☑ CA ☐ SE ☐ UL ☐ VI ☐

Fecha de Nacimiento: AÑO MES DIA 1990 07 06

Género: M ☐ F ☑ I ☐

Nivel Ocupacional: Operativo ☐ Administrativo ☐ Directivo ☐ Staff ☐ Ejecutivo ☐ Profesional ☐ Técnico ☑

Nivel Educativo: Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnico ☑ Profesional ☐ otro ☐

Ingreso a la empresa: AÑO MES DIA	Horas/mes	Trabajador:	Salario básico/mesada:	Celular:	EPS (Solo para independientes)	AFP (Solo para independientes)
2023 07 26	188	UR ☑ RU ☐	1160000	3222215821 5		

Dirección vivienda:	Municipio:	Departamento:		Teléfono:
CALLE 11A NO. 4-51	ZIPAQUIRA	CUNDINAMARCA	Rural ☐ Urbano ☑	
Dirección Trabajo:	**Municipio:**	**Departamento:**		**Teléfono:**
KM 5 VIA PELDAR	COGUA	CUNDINAMARCA	Rural ☐ Urbano ☑	

Correo Electrónico: kmiladelgado06@gmail.com

País y Ciudad de Residencia (Solo para Residentes en el Exterior):

Programa (Sólo no dependientes):

VI. INFORMACIÓN OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA ☐ Actualmente ☐ Trabajo Anterior Fecha retiro: _____ Fecha afiliación: _____

Nombre o razón social:	Nit.	Caja por la cual recibe subsidio:

VII. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ PE ☐ PT ☐ No.

Fecha de nacimiento: AÑO MES DIA | Género: M ☐ F ☐ I ☐ | Trabaja: SI ☐ NO ☐ | Salario básico: | Fecha de ingreso a la empresa: AÑO MES DIA

Nombres:	Primer apellido:	Segundo apellido

Razón social:	NIT.	Recibe subsidio:	Caja por la cual recibe subsidio
		SI ☐ NO ☐	

VIII. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR (Para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos descritos en la Circular Única Básica Jurídica expedida por la Superintendencia del Subsidio Familiar).

Para uso exclusivo de la Caja: DISCA	CM	SERV	TIPO	No. Documento identificación	Nombres	Apellidos	Parentesco: Cuidador	Hijo	Padre	Hermano	Hijastro	Custodia	Fecha de Nacimiento AÑO MES DIA	Género

Apreciado Afiliado: Tú y tu familia son muy importantes para Colsubsidio, por eso queremos estar siempre en contacto contigo. Para lograrlo es indispensable que nos autorices para contactarte. No olvides diligenciar de forma clara y correcta todos tus datos para contarte todo lo que tenemos para ti. Además ten presente que puedes reclamar tu tarjeta de afiliación Multiservicios en alguno de nuestros Centros de Servicio o Puntos de Crédito autorizados, ocho (8) días después de haber radicado este formulario.

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con el NIT 860.007.336-1, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con una variedad de áreas de negocio para la prestación de diversos bienes y servicios, tales como: la venta de todo tipo de mercaderías a través de sus supermercados, droguerías, tiendas y canal virtual, así como la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, alimentos y bebidas y crédito social, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mi, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la ley 1581 de 2012. Por lo anterior autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Redes sociales, Dirección de correspondencia, Teléfonos fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología. SI ☐ NO ☐

Colsubsidio informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones en el link www.colsubsidio.com "Manual de políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales" y elevar cualquier solicitud, petición o queja o reclamo a través de: Líneas de servicio al cliente Colsubsidio: Línea Audio servicio Bogotá 7457900,línea nacional gratuita 018000947900, pagina web: www.colsubsidio.com opción servicio al cliente, correo electrónico servicioalcliente@colsubsidio.com o personalmente en cualquiera de los Centros de Servicio Colsubsidio.

EMPLEADOR SOLICITANTE/PENSIONADO SOLICITANTE
Declaro bajo la gravedad de juramento que la anterior información es exacta y necesaria para las funciones de las Cajas y no puede ser suprimida en cumplimiento de los artículos 3, 18, 27 y 37 de la Ley 21/82, Ley 789/02, Dec.2340/03, Dec. 586/04 y Res. 058/04.
NO DEPENDIENTE SOLICITANTE : Autorizo al pagador de mi salario/mesada para descontar y entregar a Colsubsidio el 2% o 0.6% de este valor como aporte de mi afiliación.

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

Maria C Delgado

FIRMA Y CEDULA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

Recibe Subsidio?	No. Beneficiarios	Causal de rechazo (Ver respaldo)	Código Revisor	Observaciones:
SI ☐ NO ☐	☐☐		☐☐☐	

VIGILADO Supersubsidio

Escaneado con CamS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA CAMILA DELGADO ALVARADO identificado(a) con CC 1069099285 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/09/2017
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - NEMOCON
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 08 días del mes agosto del 2023 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

A D
8045804839429
2023-07-26 00:00 Anexos: 1
E - Recibido Servicios (0)
SUJETO A VERIFICACION

Colsubsidio

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, FACULTATIVOS, PENSIONADOS Y ACREDITACIÓN DE PENSIONADOS POR FIDELIZACIÓN

I. TIPO DE NOVEDAD: [x] Afiliación [ ] Novedad [ ] Traslado

Fecha de Radicación: DIA MES AÑO

II. NOVEDADES (ELIJA LA NOVEDAD QUE ESTÁ REPORTANDO Y SELECCIONE CON UNA X)

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS	INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO	RETIROS	DATOS DE UBICACIÓN
[ ] Nombres	[x] Hijos	[ ] Voluntario	[ ] Dirección y teléfono
[ ] Documentos de Identificación	[ ] Hermanos	[ ] Cotizante por fallecimiento	[ ] Correo electrónico
[ ] Estado civil	[ ] Padres	[ ] Personas a cargo	Fecha Novedad: DIA MES AÑO
[ ] Cambio de Aporte	[ ] Hijastros	[ ] Cese de convivencia	Otra:
	[ ] Dependiente por Custodia	[ ] Cambio de grupo familiar	

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT [x] C.C. [ ] C.E. [ ] C.D. [ ] PE [ ] PT [ ] No. 8600466677-0

Nombre o Razón Social: FUNDACION HOGAR SAN FRANCISCO DE ASIS

Sector: Oficial [ ] Público [ ] Privado [x] Mixto [ ]

Sucursal:

Dirección: CALLE 117 NO. 6A-22

Departamento: CUNDINAMARCA

Teléfono: 7039516

IV. TIPO DE AFILIADO

Dependiente [x] | Servicio Doméstico [ ] | Madre Comunitaria [ ] | Taxista Independiente 2% [ ] | Pensionado aporte del 0% [ ] | Pensionado aporte del 0,6% [ ] | Pensionados aporte del 2% [ ] | Fidelidad 25 años [ ] | Facultativos aporte del 0,6% [ ] | Facultativos aporte del 2% [ ] | Independiente aporte 0,6% [ ]

Independiente aporte 2% [ ] | Residente en el exterior [ ] | Veterano [ ]

¿Afiliación por primera vez como no dependiente? SI [ ] NO [ ]

Si estuvo afiliado a alguna Caja de Compensación, indique a cuál:

Otro:

V. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR, INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
DENIS YESSENIA	CORTES	MARROQUIN

C.C. [x] C.E. [ ] C.D. [ ] T.I. [ ] PE [ ] PT [ ] RC [ ] No. 1075662772

Estado Civil: SO [x] CA [ ] SE [ ] UL [ ] VI [ ]

Fecha de Nacimiento: AÑO MES DIA: 1990 11 09

Género: M [ ] F [x] I [ ]

Nivel Ocupacional: Operativo [ ] Administrativo [ ] Directivo [ ] Staff [ ] Ejecutivo [ ] Profesional [ ] Técnico [x]

Nivel Educativo: Ninguno [ ] Primaria [ ] Secundaria [ ] Técnico [x] Profesional [ ] otro [ ]

Ingreso a la empresa: AÑO MES DIA: 2023 07 13

Horas/mes: 188

Trabajador: UR [x] RU [ ]

Salario básico/mesada: 1160000

Celular: 3106898600

EPS (Solo para independientes):

AFP (Solo para independientes):

Dirección vivienda: CARRERA 8 NO 7-77 SUR

Municipio: NEMOCON

Departamento: CUNDINAMARCA

Rural [ ] Urbano [x]

Teléfono:

Dirección Trabajo: KM5 VIA PELDAR

Municipio: COGUA

Departamento: CUNDINAMARCA

Rural [ ] Urbano [x]

Teléfono:

Correo Electrónico: denisycortes2020@gmail.com

País y Ciudad de Residencia (Solo para Residentes en el Exterior):

Programa (Sólo no dependientes):

VI. INFORMACIÓN OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA [ ] Actualmente [ ] Trabajo Anterior Fecha retiro: Fecha afiliación:

Nombre o razón social:	Nit.	Caja por la cual recibe subsidio:

VII. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

C.C. [ ] C.E. [ ] C.D. [ ] T.I. [ ] PE [ ] PT [ ] No.

Fecha de nacimiento: AÑO MES DIA

Género: M [ ] F [ ] I [ ]

Trabaja: SI [ ] NO [ ]

Salario básico:

Fecha de ingreso a la empresa: AÑO MES DIA

Nombres:	Primer apellido:	Segundo apellido

Razón social:	NIT.	Recibe subsidio: SI [ ] NO [ ]	Caja por la cual recibe subsidio

VIII. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

(Para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos descritos en la Circular Única Básica Jurídica expedida por la Superintendencia del Subsidio Familiar).

Para uso exclusivo de la Caja

DISCA	CM	SERV	TIPO	No. Documento Identificación	Nombres	Apellidos	Parentesco: Cuidador	Hijo	Padre	Hermano	Hijastro	Custodia	Fecha de Nacimiento (AÑO MES DIA)	Género

Apreciado Afiliado: Tú y tu familia son muy importantes para Colsubsidio, por eso queremos estar siempre en contacto contigo. Para lograrlo es indispensable que nos autorices para contactarte. No olvides diligenciar de forma clara y correcta todos tus datos para contarte todo lo que tenemos para ti. Además ten presente que puedes reclamar tu tarjeta de afiliación Multiservicios en alguno de nuestros Centros de Servicio o Puntos de Crédito autorizados, ocho (8) días después de haber radicado este formulario.

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con el NIT 860.007.336-1, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con una variedad de áreas de negocio para la prestación de diversos bienes y servicios, tales como: la venta de todo tipo de mercaderías a través de sus supermercados, droguerías, tiendas y canal virtual, así como la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, alimentos y bebidas y crédito social, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mi, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la ley 1581 de 2012. Por lo anterior autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Redes sociales, Dirección de correspondencia, Teléfonos fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología. SI [ ] NO [ ]

Colsubsidio informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones en el link www.colsubsidio.com "Manual de políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales" y elevar cualquier solicitud, petición o queja o reclamo a través de:
Líneas de servicio al cliente Colsubsidio: Línea Audio servicio Bogotá 7457900,línea nacional gratuita 018000947900, pagina web: www.colsubsidio.com opción servicio al cliente, correo electrónico servicioalcliente@colsubsidio.com o personalmente en cualquiera de los Centros de Servicio Colsubsidio.

EMPLEADOR SOLICITANTE/PENSIONADO SOLICITANTE
Declaro bajo la gravedad de juramento que la anterior información es exacta y necesaria para las funciones de las Cajas y no puede ser suprimida en cumplimiento de los artículos 3, 18, 27 y 37 de la Ley 21/82, Ley 789/02, Dec.2340/03, Dec. 586/04 y Res. 058/04.
NO DEPENDIENTE SOLICITANTE : Autorizo al pagador de mi salario/mesada para descontar y entregar a Colsubsidio el 2% o 0.6% de este valor como aporte de mi afiliación.

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

Denis Cortes
FIRMA Y CEDULA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

Recibe Subsidio?	No. Beneficiarios	Causal de rechazo (Ver respaldo)	Código Revisor	Observaciones
SI [ ] NO [x]	00		458	

www.colsubsidio.com

Vigilado Super Subsidio

Colsubsidio GS.FC.180 Versión 3

Escaneado con CamS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación | Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

174283241

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades X	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva ☐ D. De Oficio ☐ - Beneficiario o Afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐	A. Contributivo X B. Subsidiado ☐

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente X B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	(a registrar por la EPS)

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
CORTES	MARROQUIN	DENIS	YESSENIA

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN ☐ TI ☐ CE ☐ CD ☐ RC ☐ CC X PA ☐ SC ☐	1075662772	Femenino X Masculino ☐	0 9 / 1 1 / 1 9 9 0

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		1160000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo
CRA 8 NO. 7-77	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3106896600	Atlantaconsultoreszth@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
ZIPAQUIRA	Urbana ☐ Rural X		C/MARCA

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
CN ☐ TI ☐ CE ☐ CD ☐ RC ☐ CC ☐ PA ☐ SC ☐		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				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	
B2			Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	
B3			Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	
B4			Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	
B5			Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F ☐ N ☐ M ☐	T ☐ P ☐		Urbana ☐ Rural ☐			
B2		F ☐ N ☐ M ☐	T ☐ P ☐		Urbana ☐ Rural ☐			
B3		F ☐ N ☐ M ☐	T ☐ P ☐		Urbana ☐ Rural ☐			
B4		F ☐ N ☐ M ☐	T ☐ P ☐		Urbana ☐ Rural ☐			
B5		F ☐ N ☐ M ☐	T ☐ P ☐		Urbana ☐ Rural ☐			

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	Clinica chia (Zipaquira)	
B		
B		
B		

KPRATA

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2 Copia: AFILIADO -

Powered by CamScanner

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	36. Tipo documento de Identificación	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
FUNDACION HOGAR SAN FRANCISCO DE ASIS	NIT X TI CE CC PA CD	860046667-0	

39. Ubicación
Dirección: CII 117 NO. 6A 22 — Teléfono Fijo:
Correo Electrónico: — Municipio / Distrito: BOGOTA — 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
- [x] 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	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A	13 07 2023

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [x] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [x] 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.
- [x] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 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 o 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 como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

- [x] 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad — CN: — RC: — TI: — CC: X — PA: — CE: — CD: — SC: — TOTAL 1
- [ ] 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
					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	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones: Beneficiario pasa a cotizante

E.P.S. Sanitas
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN
13 JUL 2023

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación Recibido Por:	Sticker procesamiento
Paola Oliveros Rivera 1032130530		

Powered by CamScanner

Medellín, 14 de Agosto 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 FUNDACION HOGAR SAN FRANCISCO DE ASIS, en el centro de trabajo 0000001401 - HOGAR NAZARETH, Clase de riesgo 1, Porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1075662772	CORTES MARROQUIN DENIS YESENIA	13/07/2023		22112621	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

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:C517300072322634106

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 14/08/2023 09:28:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.121.196, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA