



No. **U**

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS)

30 06 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS)

A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐

2. Tipo de Afiliación

A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☐
Beneficiario o afiliado adicional ☐

B. Colectiva ☐

D. Oficio ☐

C. Institucional ☐

3. Régimen

A. Contributivo ☐

B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado

A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento)

Código Tipo de Pensionado

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido

ZAMORA

Segundo apellido

SALAZAR

Primer nombre

YEFERSON

Segundo nombre

STEVEN

7. Tipo de doc

CC

8. Número del documento de identidad

1085915083

9. Sexo

Femenino ☐

Masculino ☒

10. Fecha de nacimiento

D 04 M 09 A 2004

Estado civil

SOLTERO

EPS anterior

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

ARL SURA

16. Administradora de Pensiones

COLPENSIONES

17. Ingreso base de cotización -IBC

\$1.750.905

18. Residencia

Dirección

CASA 28 URBANIZACION LA PAZ

Teléfono fijo

Teléfono Celular

3163771957

Correo electrónico

YEFERSONZAMORA654@GMAIL.COM

Municipio/Distrito

VICHADA

Zona

Urbana ☒

Rural ☐

Localidad/Comuna

URBANIZACION LA PAZ

Departamento

PUERTO CARREÑO

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

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 doc

21. Número del documento de identidad

22. Sexo

Femenino ☐

Masculino ☐

23. Fecha de nacimiento

D D M M A A A A

Dirección

Municipio/Distrito

Zona

Urbana ☐

Rural ☐

Departamento

Código IPS (a registrar por la EPS)

Teléfono fijo

Teléfono Celular

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

Primer apellido

Segundo apellido

24. Apellidos y nombres

Primer nombre

Segundo nombre

B1

B2

B3

B4

B5

25. Tipo de doc

B1

B2

B3

B4

B5

26. Número de documento de identidad

27. Sexo

28. Fecha de nacimiento

D D M M A A A A

Correo electrónico

Datos complementarios

29. Parentesco

30. Etnia

31. Discapacidad

Tipo ☐ F ☐ N ☐ M

Condición ☐ T ☐ P

33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)

B1

B2

B3

B4

B5

Tipo ☐ F ☐ N ☐ M

Condición ☐ T ☐ P

Tipo ☐ F ☐ N ☐ M

Condición ☐ T ☐ P

Tipo ☐ F ☐ N ☐ M

Condición ☐ T ☐ P

Tipo ☐ F ☐ N ☐ M

Condición ☐ T ☐ P

Tipo ☐ F ☐ N ☐ M

Condición ☐ T ☐ P

32. Datos de residencia

Dirección

Zona

Municipio / Distrito

Departamento

Teléfono fijo

Celular

B1

B2

B3

B4

B5

U R

U R

U R

U R

U R

34. Selección de la IPS Primaria

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 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social

36. Tipo de doc

37. Número de documento de identificación

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

TUESTO SOLUCIONES SAS

NI

901489264 - 5

39. Ubicación

Dirección

Teléfono

Correo electrónico

Municipio/Distrito

Departamento

CALE 12CNO. 71B-61 INT 5-101

COMFACA 901

BOGOTÁ/VICHADA

Medellín, 24 de June de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 TUESTO EMPAQUES 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: 0000000011 RIESGO 5		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1085915083	ZAMORA SALAZAR YEFERSON STEVEN	30/06/2026		63221730	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 24/06/2026 15:16:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

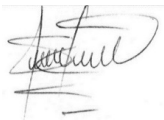
Dirección IP: 191.104.39.81, 192.230.104.18, 172.16.42.57

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YEFERSON STEVEN ZAMORA SALAZAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1085915083**, se encuentra afiliado/a desde **29/05/2025** 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 25 de junio de 2026.



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.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA