

Medellín, 08 de septiembre de 2022

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 DLV CONSTRUCCIONES S.A.S.

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: 0000000004 SUCURSAL 04				Clase: 4	Porcentaje Cotización: 4,35 %	
C14836423	LOURIDO MUÑOZ LUIS GUILLERMO	09/09/2022		45255248	DEPENDIENTE	POR INICIAR

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 08/09/2022 19:10:36.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.168.87.18, 192.230.104.2, 172.16.42.57

Rad.0006566776

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

S E.P.S. Sanitas



Organizaciones Sanitarias Internacionales

CÓDIGO 005. República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Página 1 de 2

Fecha de Radicación									
D	E	M	A	R	I	C	O	N	T

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)										
1. Tipo de trámite	A. Afiliación <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación	A. Individual <input type="checkbox"/> - Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> - Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/> D. De Oficio <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> 3. Régimen							
B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>										
4. Tipo de afiliado	A. Cotizante <input type="checkbox"/>	B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante	A. Dependiente <input type="checkbox"/>	B. Independiente <input type="checkbox"/>	C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código <input type="text" value="a registrar por la EPS)"/>		

A. AFILIACIÓN**II - DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN** (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres	Primer apellido Iván	Segundo apellido Muñoz	Primer nombre Luis	Segundo nombre Guillermo
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad CC 14.836.423	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	22/06/1980	

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia <input type="text"/>	12. Discapacidad <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBEN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SURA	16. Administradora de Pensiones Ponvenir	17. Ingreso Base de Cotización - IBC 1.000.000	
18. Residencia Calle 38 #13-39	Dirección Municipio / Distrito Cali	Teléfono Fijo 3148898653	Correo Electrónico abansio.girardo@valle.gov.co
Zona <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / Comuna Abansio Girardo	Departamento Valle	

IV - DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(s) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	21. Número del documento de identidad <input type="text"/>	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	26. Número documento de Identidad <input type="text"/>	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	
B1		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Type	Condición
B1			F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	
B2				
B3				
B4				
B5				

32. Datos de residencia	Municipio / Distrito <input type="text"/>	Zona <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	Departamento <input type="text"/>	Teléfono fijo y/o Celular <input type="text"/>	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Selección de la IPS. 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 DN Construcciones	36. Tipo de documento de identificación N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	37. Número del documento de identificación 900911483	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)						
39. Ubicación Dirección calle 3a #43-87 1036861	Teléfono Fijo <input type="text"/>	Correo Electrónico <input type="text"/>	Municipio / Distrito Cali						
			Departamento Valle						

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

40. Tipo de Novedad							
<input type="checkbox"/> 1. Modificación datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código _____ <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando		<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 13. Movilidad <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 14. Traslado <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado		<input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo	<input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado	<input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen	<input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo							
<input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado							
<input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen							
<input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen							

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	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Sexo		Fecha de Radicación	
Femenino	Masculino	42. Fecha	
43. EPS Anterior		44. Motivo de Traslado	
		Código _____	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
		08092022	

VII. 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 existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- 49. Declaración de NO intemisión del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- 50. Autorización para que la E.P.S. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- 51. Autorización para que la E.P.S. 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
- 52. Autorización para que la E.P.S. 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.
- 53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, autoritante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
	

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad		Cantidad	CN	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC	Total
			<input type="checkbox"/>								
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 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 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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Datos funcionario que realiza la validación		Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre			
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		71. Firma del funcionario				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								

Observaciones:			
Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial		Sello de radicación	Sticker procesamiento
C.C. No.			

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **Luis Guillermo Lourido Muñoz** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **14836423**, se encuentra afiliado/a desde **01/12/2015** 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 08 de septiembre de 2022.



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.