

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

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 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

Página 1 de 2

CÓDIGO 605, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación			

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"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual <input type="checkbox"/> - Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> - Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/>	D. De Oficio <input type="checkbox"/> 3. Régimen A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <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 (a registrar por la EPS) <input type="text"/>	

A. AFILIACIÓN			
II - DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres Primer apellido: lozario Segundo apellido: Muñoz Tercer apellido: luis Cuarto apellido: Guillermo	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 14.836.423	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
10. Fecha de nacimiento 22/06/1980			

III - DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos personales			
11. Etnia <input type="text"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>	13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SURA	16. Administradora de Pensiones Porvenir	17. Ingreso Base de Cotización - IBC 1.000.000	
18. Residencia Dirección: Calle 38 #13-39 Municipio / Distrito: Cali Zona: Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	19. Teléfono Fijo 3148898653	20. Teléfono Celular 3148898653	21. Correo Electrónico atamosio girardo 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 Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento

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 Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios			
29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
32. Datos de residencia Municipio / Distrito: Cali Zona: Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento: Valle Teléfono fijo y/o Celular: 3148898653	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 Div. Construcciones	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 Div. Construcciones	36. Tipo de documento de identificación N	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 Municipio / Distrito: Cali Departamento: Valle	40. Teléfono Fijo 4036861	41. Correo Electrónico div.construtores@	

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
<input type="checkbox"/>	46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
<input type="checkbox"/>	47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	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, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficina 

[illegible]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL									
66. Identificación de la Entidad Territorial			67. Datos del SISBÉN				68. Fecha de Radicación		69. Fecha de Validación
Código del Municipio		Código del Departamento	Número de Ficha		Puntaje	Nivel			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
70. Datos funcionario que realiza la validación									
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre		Segundo nombre	
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Tipo de documento de identidad			Número del documento de identidad			71. Firma del funcionario			
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			

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.