

Medellín, 21 de septiembre de 2021

## 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 GYT GRUPO EMPRESARIAL S.A.S que se encuentra EN COBERTURA.

#### A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000004 RIESGO 4		Clase: 4		Porcentaje Cotización: 4,35 %	
C94306605	GONZALEZ MORALES JHON JAIRO	22/09/2021		23524727	DEPENDIENTE

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 21/09/2021 12:00:27.

Los trabajadores marcados con asterisco (\*) son afiliados Independientes.

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

## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

NIT 800.130.907-4  
Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

### I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	A. Individual:	-Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	3. Régimen	
A. Afiliación <input type="checkbox"/>	B. Reporte de Novedades <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"/>	D. De oficio <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input type="checkbox"/>	B. Subsidiado <input type="checkbox"/>		
A. Cotizante <input type="checkbox"/>	B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante	Código <input type="checkbox"/> (a registrar por la EPS)	
			A. Dependiente <input type="checkbox"/>	B. Independiente <input type="checkbox"/>	C. Pensionado <input type="checkbox"/>

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

6. Apellidos y nombres	7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
GONZALEZ MORALES	CC	94.306.605	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	21/11/1919 1966

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC	
18. Residencia	Telefono fijo	Telefono Celular	Correo electrónico
Cra 24A #52 -07 Cali Municipio/Distrito	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	317128945	Valle Departamento

### 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	
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	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				
25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	
B1		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A	
B2			D D M M A A A A	
B3			D D M M A A A A	
B4			D D M M A A A A	
B5			D D M M A A A A	

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Type	Condición	
B1		F	N	M	
B2				T P	
B3					
B4					
B5					
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		Urbanas <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			
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 EPS)
C	
B	
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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
641 Grupo Empresarial	RCF	901.143.062	
39. Ubicación	Dirección	Teléfono	afiliacion
AV3201c #20003		8165448	Cali
			Valle
			Departamento

F385-RVA V.1.0-2016

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

No. de Radicación

Fecha de Radicación

D D M M A A A A A A

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.
- 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 <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>	42. Fecha <input type="text"/> 21 09 2021
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

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 internación de cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- 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.
- 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- 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.
- 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 institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

CN  RC  TI  CC  PA  CE  CD  SC

Cantidad:        Total

- 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de 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 <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/>	Puntaje <input type="text"/>	Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de radicación <input type="text"/>	69. Fecha de validación <input type="text"/>
D D M M A A A A A A	D D M M A A A A A A				

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido <input type="text"/>	Segundo apellido <input type="text"/>	Primer nombre <input type="text"/>	Segundo nombre <input type="text"/>
Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>	65. Firma del funcionario	

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.

F385-RVA V.1.0-2016