

DLV CONSTRUCCIONES S.A.S

Nit: 900911483



DLV CONSTRUCCIONES S.A.S
Constructores de Servicios

Calle 3A No. 43 - 87 B/Lido

Tel: 403 68 61 - Cel: 3043955000

E-mail: dlv.constructores@outlook.com

RECIBO DE VENTA No. 35605

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA
ACTIVIDAD ECONOMICA 8430 10 x 1000

FECHA DOCUMENTO:	martes, 12 de octubre de 2021	FORMA DE PAGO:	Contado
CLIENTE:	LUIS GUILLERMO LOURIDO MUÑOZ	NIT:	14836423
DIRECCION:	CLE 38 No. 13-39 ATANASIO GI	CIUDAD:	Cali
VENDEDOR:	ALVARO ENRIQUE BENAVIDES LOPEZ	TELEFONO:	3148898653
Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
ADMINISTRACION MENSUAL PLAN DE SEGURIDAD SOCIAL	1,00	33.000	33.000
ARL SURA NIVEL 4	1,00	39.600	39.600
EPS SANITAS	1,00	36.400	36.400
PENSION COLPENSIONES	1,00	145.400	145.400

Valor en Letras: DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	254.400
DESCUENTO	0
TOTAL	254.400

Medios de Recaudo: *Pago Banco de Bogota, Cta. de Ahorro No. 495059842 / a nombre de DLV CONSTRUCCIONES S.A.S / Nit. 900911483-8
*Pagos en Efectivo a Mensajeros autorizados o en la Oficina, Calle 3A No. 43-87 B/Lido.

FIRMA DE ACEPTACION _____

Medellín, 12 de octubre 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 CONSTRUCCIONES DB SAS 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: 000RIESGO4 RIESGO 4					
C14836423	LOURIDO MUÑOZ LUIS GUILLERMO	13/10/2021		3ekFS165	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 12/10/2021 08:55:57.

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

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

Dirección IP: 186.168.150.232, 198.143.41.17, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Página 1 de 2



E.P.S. Sanitas

Organización Sanitas Internacional

NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación

Young So Radio Show

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	- Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	D. De Oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen	A. Contributivo <input type="checkbox"/>	
	B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>			- Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	C. Institucional <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="checkbox"/>

A AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Llorido	Moros	Juís	Guillelmo
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 14836473	9. Sexo Femenino	10. Fecha de nacimiento 22061980

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

III - DATOS GEM

Datos personales		11. Etnia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12. Discapacidad	Tipo <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Condición <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBÉN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14. Grupo de población especial	<input type="checkbox"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		<i>Solía</i>		16. Administradora de Pensiones		<i>Policenix</i>		17. Ingreso Base de Cotización - IBC		
								<i>908-526</i>		
18. Residencia		Dirección		Teléfono Fijo		Teléfono Celular		Correo Electrónico		
<i>Cra 11B # 06 - JS</i>						<i>3148898653</i>				
Municipio / Distrito		Zona		Localidad / Comuna				Departamento		
<i>Cali</i>		Urbana <input checked="" type="checkbox"/>		Rural <input type="checkbox"/>				<i>Valle.</i>		

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

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

24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

25. Tipo de documento

B5

32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
Municipio / Distrito	Zona		Departamento	Teléfono fijo y/o Celular
	Urbana	Rural		
B1				
B2				
B3				

Selección de la I.P.S. 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 Const. DGB	36. Tipo de documento de identificación N I D	37. Número del documento de identificación 901346488	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registran por la E.P.S.)
39. Ubicación Cra 19 # 39-35	Dirección 5550939 - Construcciones.	Teléfono Fijo 1	Correo Electrónico
Municipio Cali	Distrito Calle	Departamento Valle	

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

40. Tipo de Novedad

- 1. Modificación 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

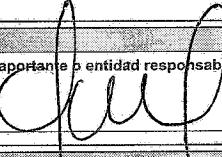
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**41. Datos básicos de identificación**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de Radicación
<input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	42. Fecha 12/10/2021
43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	
	Código _____		

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 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 las 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, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio 
--	--

IX. ANEXOS

- | | | | |
|--|----------|---|--------------------------------|
| 56. Anexo copia del documento de identidad | Cantidad | CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> | 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 <input type="checkbox"/> Código del Departamento <input type="checkbox"/>	67. Datos del SISBÉN Número de Ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
--	---	---------	-------	-------------------------	-------------------------

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

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.



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

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 12 de octubre de 2021.

Rosa Mercedes Niño 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.