

DLV CONSTRUCCIONES S.A.S

Nit: 900911483

Calle 3A No. 43 - 87 B/Lido

Tel: 403 68 61 - Cel: 3043955000

E-mail: dlvsconstructores@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	TELEFONO:	3148898653
VENDEDOR:	ALVARO ENRIQUE BENAVIDES LOPEZ				

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

FIRMA DE ACEPTACION _____

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.

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		Clase: 4		Porcentaje Cotización:	4,35 %
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



Organización Sanitas Internacional

NIT. 800.251.440-5

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

Página 1 de 2

Fecha de Radicación

DD MM AAAA

Rad: 000 4780815.

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 - 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: <u>José</u> Segundo apellido: <u>Mora</u> Primer nombre: <u>José</u> Segundo nombre: <u>Guillermo</u>	7. Tipo de documento de identidad <u>CC</u>	8. Número del documento de identidad <u>14 836 423</u>	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento <u>22/06/1980</u>
---	--	---	---	--

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 <u>Sora</u>	16. Administradora de Pensiones <u>Porvenir</u>	17. Ingreso Base de Cotización - IBC <u>908.526</u>	
18. Residencia Dirección: <u>Cra 11B # 36-15</u> Municipio / Distrito: <u>Cali</u> Zona: Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Localidad / Comuna: <u>Valle</u>	19. Teléfono Fijo: <u>314 889 8653</u> Teléfono Celular: <u>314 889 8653</u> Correo Electrónico: <u>Valle</u>		

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: <input type="text"/> Segundo apellido: <input type="text"/> Primer nombre: <input type="text"/> Segundo nombre: <input type="text"/>	20. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	21. Número del documento de identidad <input type="text"/>	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento DD MM AAAA <input type="text"/>
---	--	---	---	--

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

24. Apellidos y nombres Primer apellido: <input type="text"/> Segundo apellido: <input type="text"/> Primer nombre: <input type="text"/> Segundo nombre: <input type="text"/>	25. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	26. Número documento de identidad <input type="text"/>	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento DD MM AAAA <input type="text"/>
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29. Parentesco B1 B2 B3 B4 B5	30. Etnia <input type="text"/>	31. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>
--	-----------------------------------	--

32. Datos de residencia Municipio / Distrito: <input type="text"/> Zona: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> 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.) <input type="text"/>
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

Selección de la I.P.S. Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C B B B	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.) <input type="text"/>
---	---

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 <u>Const. OYB</u>	36. Tipo de documento de identificación <u>NIT</u>	37. Número del documento de identificación <u>901346488</u>	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.) <input type="text"/>
39. Ubicación Dirección: <u>Cra 19A 39-35</u> Teléfono Fijo: <u>5550839</u> Correo Electrónico: <u>construcciones</u> Municipio / Distrito: <u>Cali</u> Departamento: <u>Valle</u>			

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 <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Fecha de Radicación	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		42. Fecha 12/10/2021	
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 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, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

bis loundo

[Firma]

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad
- | CN | RC | TI | CC | CE | PA | CD | SC | Total |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- ☐ 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="text"/> Código del Departamento <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"/>
70. Datos 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 de documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad <input type="text"/>			71. Firma del funcionario <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 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.