



República de Colombia  
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
**FORMULARIO ÚNICO Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**

Página 1 de 2

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

<b>1. Tipo de Trámite</b> A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Novedad <input checked="" type="checkbox"/>	<b>2. Tipo de Afiliación</b> A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/>	<b>3. Régimen</b> D. De oficio <input type="checkbox"/> A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
<b>4. Tipo de afiliado</b> A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		<b>5. Tipo de cotizante</b> A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/> Código a registrar por la EPS

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

6. Apellidos y nombres <i>Hernandez Salcedo</i>	7. Tipo de documento de identidad <i>CC</i>	8. Número de documento de identidad <i>66811911</i>	9. Sexo <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	10. Fecha de nacimiento <i>15/06/1970</i>
--	--	--	---	--

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

## Datos personales

11. Etnia <input type="checkbox"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P	13. Puntaje SISBÉN <input type="checkbox"/>	14. Grupo de población especial <input type="checkbox"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL <i>Sofa</i>	16. Administradora de Pensiones <i>Colpensiones</i>	17. Ingreso base de cotización - IBC <i>\$1600.000</i>	
18. Residencia <i>Bra 73 B # 252</i>	Teléfono fijo <i>3136110196</i>	Teléfono celular <i>luzher_15@hotmail.com</i>	
Zona <i>Cali</i>	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Comuna 18 <i>luzher</i>	Valle

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR**

Datos básicos de identificación del Conyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres <i>Weller</i>	20. Tipo de documento <i>CC</i>	21. Número de documento de identidad <i>16201311</i>	22. Sexo <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	23. Fecha de nacimiento <i>03/01/1964</i>
--	------------------------------------	---	--	--

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

24. Apellidos y nombres B1 B2 B3 B4 B5	Apellido Anterior Segundo Apellido Tercer Apellido Cuarto Apellido Quinto Apellido	Primer Nombre Primer Apellido Primer Nombre Primer Apellido Primer Nombre	Segundo Nombre Segundo Apellido Segundo Nombre Segundo Apellido Segundo Nombre	Primer Apellido Primer Nombre Primer Apellido Primer Nombre Primer Apellido
25. Tipo de Documento de Identidad B1 B2 B3 B4 B5	26. Número de documento de Identidad <i>11 ABR 2013</i>	27. Sexo F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	28. Fecha de Nacimiento D E M A Z A S F E M A Z A S F E M M A Z A S F E M M A Z A S F E M M A Z A S	

Datos complementarios

29. Parentesco B1 B2 B3 B4 B5	30. Etnia B1 B2 B3 B4 B5	31. Discapacidad Tipo F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición T <input type="checkbox"/> P		
32. Datos de residencia Municipio/Distrito B1 B2 B3 B4 B5	Zona Urbana/Rural B1 B2 B3 B4 B5	Departamento B1 B2 B3 B4 B5	33. Teléfono Fijo y/o celular B1 B2 B3 B4 B5	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) B1 B2 B3 B4 B5

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS C B1 B2 B3 B4 B5	35. Código de la IPS (a registrar por la EPS) <i>46364</i>
--	--

**V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

35. Nombre o razón social B1 B2 B3 B4 B5	36. Tipo de documento de identificación B1 B2 B3 B4 B5	37. Número de identificación B1 B2 B3 B4 B5	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) B1 B2 B3 B4 B5
39. Ubicación B1 B2 B3 B4 B5	B1 B2 B3 B4 B5	B1 B2 B3 B4 B5	B1 B2 B3 B4 B5



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **Luz Marina Hernandez Salcedo** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **66811971**, se encuentra afiliado/a desde **01/08/2017** 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 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.



Medellín, 13 de abril de 2023

**SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A  
CERTIFICA:**

Que la información detallada a continuación corresponde a lo que se encuentra registrado en los sistemas de la ARL SURA a la fecha 13/04/2023 hora 3:02 p. m., con relación a la afiliación y cobertura de HERNANDEZ SALCEDO LUZ MARINA identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA 66811971, afiliado en calidad de Trabajador Independiente Voluntario.

Fecha de inicio de cobertura: 12/04/2023

Fecha de fin de cobertura:

Estado actual de la cobertura: En Cobertura

Código de ocupación: 2521

Descripción ocupación: Diseñadores y administradores de bases de datos

Clase de riesgo: 1

Porcentaje de cotización: 0.522

Para información adicional, puede comunicarse gratuitamente con nuestras líneas de atención 01 800 051 1414 ó 01800 094 1414, en Medellín 444 4578 - Bogotá 405 5911 - Cali 681 8911 - Pereira 313 8400 - Manizales 881 1280 - Bucaramanga 657 1764 - Cartagena 656 1757

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos