

Medellín, 06 de enero 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 CONSTRUAVANCEMOS 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 %	
C88221526	MADRID RUIZ JAIME	07/01/2022		20817632	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 06/01/2022 15:21:36.  
Los trabajadores marcados con asterisco (\*) son afiliados Independientes.

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

Dirección IP: 190.66.177.184, 198.143.41.23, 172.16.42.57

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**  
**E.P.S. Sanitas**

Organización Sanitas Internacional

NIT. 800.261.440-6

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

Página 1 de 2

5177726

Fecha de Radicación  
 DD MM AAAA

**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	- Colizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	D. De Oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>
B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>			- Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	C. Institucional <input type="checkbox"/>			B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado	A. Colizante <input checked="" type="checkbox"/>	B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante	A. Dependiente <input checked="" 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	MÁDRID	RUIZ	JAIME	
Primer apellido		Segundo apellido		Segundo nombre
7. Tipo de documento de identidad	CC	8. Número del documento de identidad	88221526	9. Sexo
				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
				10. Fecha de nacimiento
				29 09 1976

**III - DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales	11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tipo <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	SURA	16. Administradora de Pensiones	PROTECCION	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
				\$1,000,000
18. Residencia	Dirección CARRERA 7 V # 61-32	Teléfono Fijo	Teléfono Celular 3246804440	Correo Electrónico jaime Madrid 885@gmail.com
Municipio / Distrito CALI	Zona <input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	Localidad / Comuna LAS CEIBAS	Departamento VALLE DEL CAUCA	

**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	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	DD MM AAAA	

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	28. Fecha de nacimiento	
B1		Femenino	Masculino	DD MM AAAA
B2				DD MM AAAA
B3				DD MM AAAA
B4				DD MM AAAA
B5				DD MM AAAA

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Sexo	33. Valor de la UPC del afiliado adicional
B1			Femenino	Tipo F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>
B2				
B3				
B4				
B5				

32. Datos de residencia

Municipio / Distrito B1	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
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 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 CONSTRUAVANCEMOS SAS	36. Tipo de documento de identificación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	37. Número del documento de identificación 901377082	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
39. Ubicación CARRERA 36 B # 5-118	Dirección 5545288	Teléfono Fijo Correo Electrónico romero_belalcazar@hotmail.com	Municipio / Distrito CALI
			Departamento VALLE

**B. REPORTE DE NOVEDADES****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

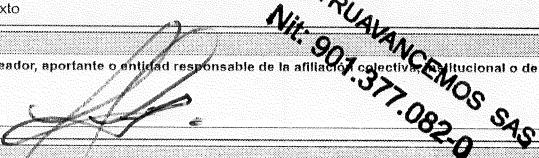
**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD****41. Datos básicos de Identificación**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de Identidad		Número del documento de identidad	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
		Fecha de Radicación	
		42. Fecha	
		07012022	
43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	
		Código <input type="text"/>	

**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 colizante, 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 colizante 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 colizante 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**

  
 CONSTRUAVANCES SAS  
 NIT: 901.377.082-0
**IX. ANEXOS**

- |   |   |    |    |    |    |    |    |    |                      |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad   | CN  | RC | TI | CC | CE | PA | GD | SC | Total                |
|   | Cantidad <input type="text"/> |    |    |    |    |    |    |    | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente   |   |    |    |    |    |    |    |    |                      |
| <input type="checkbox"/> 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital   |   |    |    |    |    |    |    |    |                      |
| <input type="checkbox"/> 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 |   |    |    |    |    |    |    |    |                      |
| <input type="checkbox"/> 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor  |   |    |    |    |    |    |    |    |                      |
| <input type="checkbox"/> 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia   |   |    |    |    |    |    |    |    |                      |
| <input type="checkbox"/> 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el colizante sobre la ausencia de los dos padres   |   |    |    |    |    |    |    |    |                      |
| <input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud  |   |    |    |    |    |    |    |    |                      |
| <input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas  |   |    |    |    |    |    |    |    |                      |
| <input type="checkbox"/> 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	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación			
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de Ficha	Puntaje	Nivel	DDPMMMAAAA	DDPMMMAAAA
<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"/>

**70. Datos funcionario que realiza la validación**

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