

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

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

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 <input type="checkbox"/>	- Cotizante 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. Cotizante <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)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres	MADRID	RUIZ	JAIME
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
		Tipo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> <input 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	CARRERA 7 V # 61-32	Teléfono Fijo	3246804440	Correo Electrónico
				jaimemadrid885@gmail.com
Municipio / Distrito	CALI	Zona	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	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			
20. Tipo de documento de identidad		21. Número del documento de identidad	
		22. Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
		23. Fecha de nacimiento	DDMMAAAA

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

24. Apellidos y nombres			
25. Tipo de documento de identidad		26. Número documento de identidad	
		27. Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
		28. Fecha de nacimiento	DDMMAAAA

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo	Condición
			F N M	T P
B1				
B2				
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 E.P.S.)
	Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
CONSTRUAVANCEMOS SAS	NIT	901377082	
39. Ubicación	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito
CARRERA 36 B # 5-118	5545288	romero_belalcazar@hotmail.com	CALI
			Departamento
			VALLE

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad <input type="checkbox"/> 1. Modificación datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando		<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 13. Movilidad <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 14. Traslado <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Fecha de Radicación	42. Fecha
			07/01/2022
43. EPS Anterior		44. Motivo de Traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
		Código <input type="text"/>	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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 <i>Jaime Madrid</i>	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio <i>[Firma]</i>
---	---

IX. ANEXOS

<input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad Cantidad <input type="text"/> CN <input type="text"/> RC <input type="text"/> TI <input type="text"/> CC <input type="text"/> CE <input type="text"/> PA <input type="text"/> CD <input type="text"/> SC <input type="text"/> Total <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 cotizante 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 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	69. Fecha de Validación <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 <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Número del documento de identidad <input type="text"/>		71. Firma del funcionario	

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial C.C. No. <input type="text"/>	Sello de radicación	Sticker procesamiento
--	---------------------	-----------------------

Recuerde que con la firma, manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.