

Medellín, 23 de February de 2024

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 SANCHEZ VALENCIA JUAN CARLOS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001	PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA			Clase: 4	Porcentaje Cotización:	4.35 %
C16713852	GUERRERO SANTACRUZ CESAR JULIO	24/02/2024		252e2502	DEPENDIENTE	POR INICIAR
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 23/02/2024 23:13:08 .

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

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

Dirección IP: 190.66.154.81, 192.230.104.7, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion
4011856247

Fecha de Radicación
2 3 0 2 2 0 2 4

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1. tipo de tramite	2. Tipo afiliacion	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/>	3. Regimen
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/>	B. De oficio <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/>
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres	GUERRERO Primer apellido	SANTACRUZ Segundo apellido	CESAR Primer nombre	JULIO Segundo nombre
7. Tipo documento de identidad	CC	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
		16713852	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	2 1 0 6 1 9 6 5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
6	Tipo <input checked="" type="checkbox"/> FNM	Condicion <input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/>
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		COLFONDOS	
18. Residencia		17. Ingreso base de cotización - IBC	
CR 26A 77 63 Dirección	Telefono fijo	3163426727 Telefono celular	JUANK102475@GMAIL.COM Correo electronico
CALI Municipio/Distrito	zona	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	57 Localidad / comuna
			VALLE Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad		22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	

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 documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	
B1 B2 B3 B4 B5		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Condición		
B1 B2 B3 B4 B5		F N M	T P		
32. Datos de residencia	Municipio/Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	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 Salud - IPS	VS UAB DEL ORIENTE - VS UAB DEL ORIENTE	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS UAB DEL ORIENTE - VS UAB DEL ORIENTE	VSORIENTE - VSORIENTE
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
JUAN CARLOS SANCHEZ VALENCIA	CC	4345559	01
39. Ubicación	CL 33 B 12 48B MUNICIPAL Dirección	6695330 Teléfono	JUANK1024751010@HOTMAIL.COM Correo electrónico
			YUMBO Municipio/distrito
			VALLE Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
 2. Corrección datos básicos de identificación
 3. Actualización documento de identidad
 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
 5. Terminación de la inscripción en la EPS.

Código:

6. Reinscripción en la EPS
 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
 10. Terminación de la relación laboral o perdida 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. Misma 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 del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>
42. Fecha			2 4 0 2 2 0 2 4
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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
 50. Autorización para que la EPS 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 EPS reporte la información que se genere de la afiliación 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 EPS 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 EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o 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: CN. RC. TI. CC. PA. CE. CD. SC.
 Cantidad: Total: 0
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
 58. Copia 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 para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
 62. Documento en 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 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	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
<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
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad			71. Firma del funcionario	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Observaciones					

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás informaciones registradas.