

Medellín, 22 de February de 2024

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS****HACE CONSTAR:**

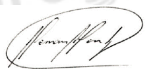
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de INGENIERIA DAMON SAS.

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 RIESGO 4 SANTIAGO DE CALI			Clase: 4		Porcentaje Cotización:	4.35 %
C1113620032	RAMIREZ LOPEZ JULIAN ANDRES	23/02/2024		20923695	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 22/02/2024 11:30:49 .  
Los trabajadores marcados con asterisco (\*) son afiliados Independientes.  
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (\*\*) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.32.206.31, 192.230.104.1, 172.16.42.57



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

**CERTIFICA QUE:**

**JULIAN ANDRES RAMIREZ LOPEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.113.620.032**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Febrero del 2024.

Cordialmente,



---

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**E.P.S. Sanitas**  
Organización Sanitas Internacional  
NIT: 800.251.440-6  
CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Página 1 de 2

Fecha de Radicación									
D	D	M	M	A	A	A	A	A	A

<b>I - DATOS DEL TRÁMITE</b> (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		B. Colectiva <input checked="" type="checkbox"/>		D. De Oficio <input type="checkbox"/>		3. Régimen		A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>		B. Subsidiado <input type="checkbox"/>							
		B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>						C. Institucional <input type="checkbox"/>															
4. Tipo de afiliado				5. Tipo de cotizante				Código (a registrar por la EPS)															
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"/>			

<b>A. AFILIACIÓN</b>																			
<b>II - DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN</b> (del cotizante o cabeza de familia)																			
6. Apellidos y nombres																			
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre										
Romero			Lopez			Julian			Andres										
7. Tipo de documento de identidad					8. Número del documento de identidad					9. Sexo					10. Fecha de nacimiento				
CC					1.113.620.032					Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>					14/05/1985				

<b>III - DATOS COMPLEMENTARIOS</b>											
Datos personales											
11. Etnia			12. Discapacidad			13. Puntaje SISBÉN			14. Grupo de población especial		
			Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P								
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL			16. Administradora de Pensiones			17. Ingreso Base de Cotización - IBC					
Sora			Rovero			1300.000					
18. Residencia											
Dirección											
Diagona 4 # 31A-54											
Municipio / Distrito											
Palma											
Zona											
Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>											
Localidad / Comuna											
3136851367											
Teléfono Celular											
Departamento											
Valle											

<b>IV - DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR</b> (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				
										Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input 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				
										Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>					DD MM AAAA				
B1															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					Tipo					Condición				
															F N M					T P				
B1																								
B2																								
B3																								
B4																								
B5																								
32. Datos de residencia										33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)														
Municipio / Distrito			Zona			Departamento			Teléfono fijo y/o Celular															
			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																			

<b>V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO</b>																								
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.)									
Ingeniería Domon SAS					NIT					901.292.694														
39. Ubicación					Teléfono Fijo					Correo Electrónico					Municipio / Distrito					Departamento				
Co 68 # 42-70															Cali					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

☐ 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

Código

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 <div><div>Femenino</div><div>Masculino</div></div>	Fecha de Radicación
			42. Fecha
			23/02/2024
43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	
Sanitas Contaluz	Código		

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

Julian Ramirez

IX. ANEXOS

☐ 56. Anexo copia del documento de identidad

CN

RC

TI

CC

CE

PA

CD

SC

Cantidad

Total

☐ 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

67. Datos del SISBÉN

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

Código del Municipio

Código del Departamento

Número de Ficha

Puntaje

Nivel

DD

MM

AAAA

DD

MM

AAAA

70. Datos funcionario que realiza la validación

71. Firma del funcionario

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

Observaciones:

Oficinas Unidas

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial

Sello de radicación

Sticker procesamiento

Diego Cortez

RECIBIDO POR :

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