

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

Página 1 de 2

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

Organización Sanitas Internacionales

NIT. 800.251.440-6

Fecha de Radicación									
DD	MM	AA							

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 checked="" type="checkbox"/> - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	D. De Oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
B. Reporte de Novedades <input checked="" 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) <input type="text"/>

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres	Romero	Lopez	Julian	Andres
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
7. Tipo de documento de identidad	cc	8. Número del documento de identidad	1.113.620.032	
9. Sexo	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento	14/05/1986

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	<input type="checkbox"/>	12. Discapacidad	Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> M	Condición <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> P	13. Puntaje SISBÉN	<input type="checkbox"/>	14. Grupo de población especial	<input type="checkbox"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	Sora	16. Administradora de Pensiones	Povenir	17. Ingreso Base de Cotización - IBC	1.300.000	Correo Electrónico		
18. Residencia	Diagona 4# 31A-54	Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	3136851567	Departamento	Valle	
Municipio / Distrito		Zona		Localidad / Comuna				
B1		Urbana <input checked="" type="checkbox"/>	Rural <input type="checkbox"/>					

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	<input type="checkbox"/>	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	DD MM AA AA AA

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

Datos complementarios

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

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	Ingeniería Domon SAS	36. Tipo de documento de identificación	N <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	37. Número del documento de identificación	901.292.694	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
39. Ubicación	Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Cali	Departamento
	Co 68 # 42-70					Col

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	Sexo	Fecha de Radicación
<input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	42. Fecha 13022024
43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado	Código	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 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

VILL FIRMAS

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario Juan Ramirez

55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio SEAF

IX. ANEXOS

- | | CN | RC | TI | CC | CE | PA | CD | SC | Total |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad | <input type="text"/> |
| Cantidad | | | | | | | | | |
| <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

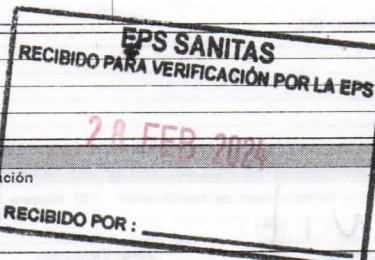
66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
Código del Municipio Código del Departamento	Número de Ficha	Puntaje	Nivel

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad [Four empty square boxes for stamping]	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

Observaciones:

Oficinas Virtuales



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