

Medellín, 07 de abril 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 %
C16581749	JIMENEZ MORALES ALFONSO	08/04/2022		22W22s21	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 07/04/2022 16:06:01 .

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

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

Dirección IP: 191.106.168.157, 192.230.104.11, 172.16.42.57

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

Página 1 de 2

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

Fecha de Radicación				
<input type="text"/>				

**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			- Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>		B. Colectiva <input type="checkbox"/>	D. De Oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen	A. Contributivo <input type="checkbox"/>
	B. Reporte de Novedades <input 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 type="checkbox"/>	B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante	A. Dependiente <input type="checkbox"/>	B. Independiente <input type="checkbox"/>	C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**A. AFILIACIÓN**

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

6. Apellidos y nombres	JIMENEZ	MORALES	ALFONSO					
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre					
7. Tipo de documento de identidad	CC	8. Número del documento de identidad	16581749	9. Sexo	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento	13 05 1954

**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	PORVENIR	17. Ingreso Base de Cotización - IBC \$1.000.000
18. Residencia		Dirección CALLE 13 # 23A-45	Teléfono Fijo	Teléfono Celular 3205666595	Correo Electrónico
Municipio / Distrito CALI		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / Comuna JUNIN	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	
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	13 05 1954	

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 <input type="checkbox"/>	13 05 1954
B2		Masculino <input type="checkbox"/>	13 05 1954
B3			13 05 1954
B4			13 05 1954
B5			13 05 1954

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)			
Municipio / Distrito B1	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	
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 CONSTRUAVANCEMOS SAS	36. Tipo de documento de identificación NIT <input type="checkbox"/> <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 CALLE 5 # 38D-153 OFICI	Dirección 5545288	Teléfono Fijo Correos Electrónicos 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  
 A. Mismo Régimen  
 B. Diferente Régimen
- 14. Traslado  A. Régimen Contributivo  
 B. Régimen Subsidiado  
 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
Número del documento de identidad		Sexo	Fecha de Radicación
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	42. Fecha <b>07042022</b>
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 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****Alfonso Jimenez**

**CONSTRUAVANCEMOS SAS**  
NIT: 901.577.082-0

**IX. ANEXOS**

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

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.**