

Medellín, 07 de abril de 2022

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

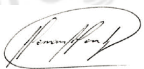
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSTRUAVANCEMOS S.A.S que se encuentra EN COBERTURA.

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

Página 1 de 2

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> NIT <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		Correo Electrónico romero belalcazar@hotmail		Municipio / Distrito 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"/> 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	
<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			



VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación					
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de Radicación
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					42. Fecha 07 04 2022
43. EPS Anterior		44. Motivo de Traslado Código <input type="text"/>		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

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 	55. El Empleador, Gerente o responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio  NIT: 901.377.082-0
---	--

IX. ANEXOS

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

Observaciones:

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

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