

Medellín, 23 de January de 2025

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 %		
C6549915	CAICEDO ALVIZ JOHN JAIRO	25/01/2025		133ie240	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 23/01/2025 17:13:10 .

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

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

Dirección IP: 190.66.150.37, 192.230.104.9, 172.16.42.57

40. Tipo de Novedad

<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.	<input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.
<input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.	<input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado.
<input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación		43. EPS anterior		44. Motivo de traslado		45. Caja de Compensación Familiar o pagador de Pensiones	
Primer apellido Caicedo	Segundo apellido Alvar	Primer nombre John	Segundo nombre Jairo	Código SOS			
Tipo de Documento de Identidad CC		Número de documento de Identidad 6 549 915		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento 21/01/1981	
42. Fecha 21/01/2018							

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 acrediten la condición de beneficiarios.
<input type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 51. Autorización para que la EPS reporte información que se genere de la afiliación o del reporte de no novedades o la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. Cotizante, cabeza de familia o beneficiario John Jairo Caicedo A.	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio. Jairo
---	--

IX. ANEXOS

<input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC	Cantidad: <input type="text"/> Total: <input type="text"/>
<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 la 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 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 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 DIJENCIADOS 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 21/01/2018	
69. Fecha de Validación 21/01/2018					
70. Datos del funcionario que realiza la validación					
Primer apellido <input type="text"/>		Segundo apellido <input type="text"/>		Primer nombre <input type="text"/>	
Tipo documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad <input type="text"/>		71. Firma del funcionario <input type="text"/>	

OBSERVACIONES:

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

FIRC 006