

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

B. REPORTE DE NOVEDADES

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"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. | <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la Inscripción en la EPS. Código <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen |
| <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS. | <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento. |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante. |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado. |

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido <i>Caicedo</i>	Segundo apellido <i>Alvarez</i>	Primer nombre <i>Johann</i>	Segundo nombre <i>Jairo</i>
Tipo de Documento de Identidad <input type="text"/> CC	Número de documento de Identidad <input type="text"/> 6549915	Sexo <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento <input type="text"/> 2191111191811
42. Fecha <input type="text"/> 01/01/2018	43. EPS anterior <input type="text"/> SOS	44. Motivo de traslado Código	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 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

<i>Jhon Jairo Caicedo A.</i> 54. Cotizante, cabeza de familia o beneficiario	<i>Juan</i> 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
---	---

IX. ANEXOS

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad:
Cantidad: <input type="checkbox"/> Total: <input type="checkbox"/> |
| <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 DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio <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"/> 01/01/2018
--	---	---------------------------------	-------------------------------	--

69. Fecha de Validación
 01/01/2018

70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer apellido <input type="text"/>	Segundo apellido <input type="text"/>	Primer nombre <input type="text"/>	Segundo 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 firmado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.