

Medellín, 02 de September 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 BAHÓZ MUÑOZ FERNANDO.

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: 0004492101 TRÉBOL				Clase: 4	Porcentaje Cotización: 4.35 %	
C16790602	LONDONÓ COLLAZOS HERIBERTO	03/09/2025		16019791	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 02/09/2025 13:14:50 .

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

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

Dirección IP: 161.18.69.135, 192.230.104.6, 172.16.42.57

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HERIBERTO LONDOÑO COLLAZOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **16790602**, se encuentra afiliado/a desde **01/04/2023** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de septiembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



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

Fecha de Radicación				

I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación	A. Individual <input checked="" type="checkbox"/>	- Colizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	D. De Oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen	A. Contributivo <input checked="" 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. Colizante <input checked="" type="checkbox"/>	B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de colizante	A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/>	B. Independiente <input type="checkbox"/>	C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II - DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del colizante o cabeza de familia)				
6. Apellidos y nombres	Londono	Coluzos	Heriberto.	
Primer apellido		Segundo apellido		
7. Tipo de documento de identidad	cc.	8. Número del documento de identidad	16.790.602	
9. Sexo	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento	18021971

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales			
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	SURA	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
18. Residencia	CL 16 # 44-07	Teléfono Fijo	Teléfono Celular
Municipio / Distrito	Zona <input checked="" type="checkbox"/>	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
Colpensiones.	Urbana <input checked="" type="checkbox"/>	Bl. Las Granjas	3163663241 hery18026@hotmail.com
	Rural <input type="checkbox"/>	Valle	Departamento

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo	Condición	
29. Parentesco			F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					
32. Datos de residencia	Municipio / Distrito	Urbana <input type="checkbox"/> Zona <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Selección de la IPS. Primaria	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	
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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
Fernando Bahoz Munoz C.C	<input type="checkbox"/>	94.426.259	
39. Ubicación	Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico
Ul. 61 # 23-28	Atención: atenciontransportesfb@gmail.com		Municipio / Distrito
			Colpensiones
			Valle

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

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. Misma Régimen
 B. Diferente Régimen
- 14. Traslado
- 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 Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de Radicación 42. Fecha 03/09/2025
43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado Código <input type="text"/>	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

VIII. FIRMAS**54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario****55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio****IX. ANEXOS**

56. Anexo copia del documento de identidad 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 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"/> 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"/>
--

Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>	71. Firma del funcionario <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.