

Medellín, 08 de julio de 2021

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 SERVIPROMEN SAS 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: 0000000001 PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA			Clase: 4	Porcentaje Cotización: 4,35 %	
C16772313	OSORIO BENAVIDEZ EDWIN ALBERTO	09/07/2021		45C156Ni	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 08/07/2021 10:41:14 .

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

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

Dirección IP: 190.144.3.61, 192.230.94.12, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicación
4006814144

Fecha de Radicación
0 8 0 7 2 0 2 1

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1. tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo afiliación B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/>	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/>	3. Regimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS) 1	
A. AFILIACIÓN			

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

6. Apellidos y nombres OSORIO Primer apellido	BENAVIDEZ Segundo apellido	EDWIN Primer nombre	ALBERTO Segundo nombre
7. Tipo documento de identidad CC	8. Número del documento de Identidad 16772313	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 1 2 0 1 1 9 7 0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales	11. Etnia 6	12. Discapacidad Tipo FNM	Condición TP	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	16. Administradora de Pensiones INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL			17. Ingreso base de cotización - IBC 908526	
18. Residencia CR 39 34 130 Dirección	Telefono fijo	3115339895 Telefono celular		ALBERTOOSORIO60@GMAIL.COM Correo electrónico	VALLE Departamento
CALI Municipio/Distrito	zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / comuna			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad _____	21. Número documento identidad _____	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento

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 documento de identidad _____	26. Número de identidad _____	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento
B1 B2 B3 B4 B5			

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M	Condición T P
B1 B2 B3 B4 B5			

32. Datos de residencia

Municipio/Distrito	Zona Urbana <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 EPS)
B1 B2 B3 B4 B5				

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C VS UAB SAN FERNANDO - VS VERSALLES	Código de la IPS (a registrar por la EPS) VSSANFERNA - VSVERSALLE
B	-
B	-
B	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social SERVIPROMEN SAS	36. Tipo de identificación NIT	37. Número de documento de Identificación 901114981	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01
CL 123 555 Dirección	6665656 Teléfono	SERVIPROMEN@HOTMAIL.COM Correo electrónico	YUMBO Municipio/distrito
			VALLE Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
 2. Corrección datos básicos de identificación
 3. Actualización documento de identidad
 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
 Código:
6. Reinscripción en la EPS
 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
 10. Terminación de la relación laboral o perdida 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
 14. Traslado: 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 del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de Identidad <input type="text"/>	Número documento de Identidad <input type="text"/>	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/> 42. Fecha <input type="text"/> 0 1 0 7 2 0 2 1
43. EPS anterior <input type="text"/>	44. Motivo de traslado Código: <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones <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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
 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.
 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación 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 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.
 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

SERVIPROMEN S.A.S.
SERVICIOS EMPRESARIALES
NIT. 901.114.981-9

Edmundo Osorio B.

54. Cotizante o 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: CN. RC. TI. CC. PA. CE. CD. SC.
 Cantidad: Total: 0
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
 58. Copia 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 para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor.
 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
 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 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 consiste 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 SISBEN Número 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 <input type="text"/>			
Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Número documento de identidad <input type="text"/>					

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.