

Medellín, 23 de marzo de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

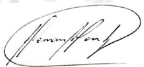
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de SERVICIO Y ASESORIA EMPRESARIAL OCG SAS que se encuentra EN COBERTURA.

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: 000004.350 OPERATIVO NIVEL IV		Clase: 4		Porcentaje Cotización: 4,35 %	
C8777167	ROBLES GARCIA JOAN CARLOS	24/03/2022		a45159k2	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 23/03/2022 14:51:02 .
 Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
 Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 161.10.85.40, 192.230.104.2, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion
4008061035

Fecha de Radicación
2 4 0 3 2 0 2 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. tipo de tramite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		2. Tipo afiliacion A. Individual: <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/>		A. Individual: <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/>		3. Regimen -Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. De oficio <input type="checkbox"/>		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"/>			Codigo (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/>			

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres ROBLES Primer apellido				GARCIA Segundo apellido		JOAN Primer nombre		CARLOS Segundo nombre	
7. Tipo documento de Identidad <input type="text" value="CC"/>		8. Número del documento de Identidad 8777167			9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento 0 4 0 6 1 9 7 4		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia <input type="text" value="6"/>				12. Discapacidad Tipo <input type="text" value="FNH"/> Condicion <input type="text" value="TIP"/>		13. Puntaje SISBEN <input type="text"/>		14. Grupo de poblacion especial <input type="text"/>	
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.			16. Administradora de Pensiones PORVENIR FPC			17. Ingreso base de cotizacion - IBC 1000000			
18. Residencia CL 123 3 Dirección		Telefono fijo		3145676788 Telefono celular		JOANROBLES@HOTMAIL.COM Correo electronico			
SOLEDAD Municipio/Distrito		zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad / comuna		ATLANTICO Departamento			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres completos							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
20. Tipo documento de identidad <input type="text"/>		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		Condición	
				Tipo F N M		T P	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		
Municipio/Distrito		Zona Urbana Rural		Departamento		Teléfono Fijo y/o celular	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C VS SOLEDAD - VS SOLEDAD		Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) VSSOLEDAD - VSSOLEDAD	
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 SERVICIO Y ASESORIA EMPRESARIAL OCG S A S		36. Tipo de identificación <input type="text" value="NIT"/>		37. Numero de documnto de Identificación 901492517		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) 01	
39. Ubicación CR 71 85 32 AP 1107 Dirección		3223534 Teléfono		SERVICIOSYASESORIAS@GMAIL.COM Correo electrónico		BARRANQUILLA Municipio/distrito	
						ATLANTICO 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 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
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

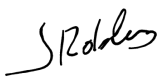

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo		Fecha de nacimiento		42. Fecha	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>				2 3 0 3 2 0 2 2	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código: <input type="checkbox"/>		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 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

	
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		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
70. Datos funcionario que realiza la validación				71. Firma del funcionario		
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
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.