Medellín, 29 de enero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que JHON FREDY ALEXANDER MARTINEZ RODRIGUEZ identificado(a) con C1025523034 se encuentra afiliado (a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10255230342602985241

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

Colpensiones

NIT: 900.336.004-7

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES
2025_12292394
18/06/2025 9:53:33 p. m.
WEB
AFILIACIONES
No Folios: 01

202512292394

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL	OFICINA
Ejecutivo comercial	Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE ( ) INDEPENDIENTE (X)

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

Tipo de documento	CC (X) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál?	N.º de documento	1106774497
Fecha de Expedición	10 D 01 M 2025 A	Municipio Expedición	Departamento Expedición / Sexo M (X) F ( )
Primer nombre	DUVAN	Segundo nombre	FELIPE
Primer apellido	RIVERA	Segundo apellido	GUTIERREZ
Fecha nacimiento	19 D 12 M 2006 A	Municipio nacimiento: CHAPARRAL	Departamento nacimiento: TOLIMA / Nacionalidad: COLOMBIA
Dirección de residencia	KR 78K 39 34SUR	Barrio / vereda de residencia	KENNEDY CENTRAL
Municipio de residencia	BOGOTA, D.C.	Departamento de residencia	BOGOTA D.C
Teléfono de residencia		Celular	3144371907
Ocupación u oficio	NINGUNA	Ingreso mensual $	1,423,500
Correo electrónico	DUVANFELIPE.K@GMAIL.COM		

	Salario integral	Es empleador	Alto riesgo
Sí	( )	(X)	( )
No	(X)	(X)	(X)

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que COLPENSIONES envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web y mensaje móvil). Sí (X) No ( )

Dirección de ubicación laboral		Barrio/ vereda de ubicación laboral
Municipio de ubicación laboral	Departamento de ubicación laboral	Teléfono laboral

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento	NIT ( ) CC ( ) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál?	N.º de documento	DV / Código CIIU
Naturaleza	Pública ( ) Privada ( )	Razón social o nombre	
Dirección		Municipio	
Barrio / vereda	Departamento	Sucursal	
Teléfono	Celular	Ocupación u oficio	
Correo electrónico			

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

1 Tipo de documento	CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál?	N.º de documento	Fecha de nacimiento Día D D Mes M M Año A A A A
Primer nombre		Segundo nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Nacionalidad		Dirección de residencia	
Municipio de residencia		Barrio / vereda de residencia	Departamento de residencia
Sexo	M ( ) F ( )	Teléfono	Celular / Correo electrónico
Parentesco	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )		

2 Tipo de documento	CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál?	N.º de documento	Fecha de nacimiento Día D D Mes M M Año A A A A
Primer nombre		Segundo nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Nacionalidad		Dirección de residencia	
Municipio de residencia		Barrio / vereda de residencia	Departamento de residencia
Sexo	M ( ) F ( )	Teléfono	Celular / Correo electrónico
Parentesco	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )		

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE NOVEDAD	Vinculación inicial (X)	Traslado de régimen ( )	Traslado de entidad diferente ( )	Traslado por Pensión Familiar ( )	Ha cotizado más de 150 semanas a las cajas o fondos del sector público	Sí ( ) No ( )	Subsidiado	Sí ( ) No ( )

Si marcó Traslado indique	Entidad Actual	Entidad a donde desea trasladarse	
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones	Sí ( ) No ( )	¿Cuál?	Tarifa con la que debe cotizar: %

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, en calidad de responsable y a los encargados de efectuar el tratamiento de datos, para la recolección y tratamiento de datos de carácter personal y reservado relacionados con la prestación, gestión, administración, personalización, actualización y mejora de los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, busqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ciudadano para realizar los trámites que se refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. Sí (X) No ( )

2. AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministrada por el afiliado/ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes. Sí (X) No ( )

3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES. Sí (X) No ( )

V. FIRMAS

Recuerde que usted dispone de cinco (5) días hábiles para retractarse de su afiliación en pensiones contados a partir de la fecha en que reciba la respuesta a su solicitud de afiliación o traslado.

Hago constar que la selección de Régimen RPM la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. También declaro que previo al diligenciamiento de este formulario he recibido una asesoría clara, oportuna y adecuada, en virtud de lo cual manifiesto que de manera informada que he elegido a COLPENSIONES para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA.

DUVAN FELIPE RIVERA GUTIERREZ CC. 1106774497 Documento firmado electrónicamente			
FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE	HUELLA AFILIADO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

"Ven por tu FUTURO"

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA SEGÚN RADICACIÓN No. 2017153646-012-000 DEL 23-04-2018.

cadena 2703720212787

ADI-GAF-FML-001_V4

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **DUVAN FELIPE RIVERA GUTIERREZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1106774497** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1106774497
NOMBRES Y APELLIDOS	DUVAN FELIPE RIVERA GUTIERREZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	27/07/2025
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	94
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	16

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **03/12/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS