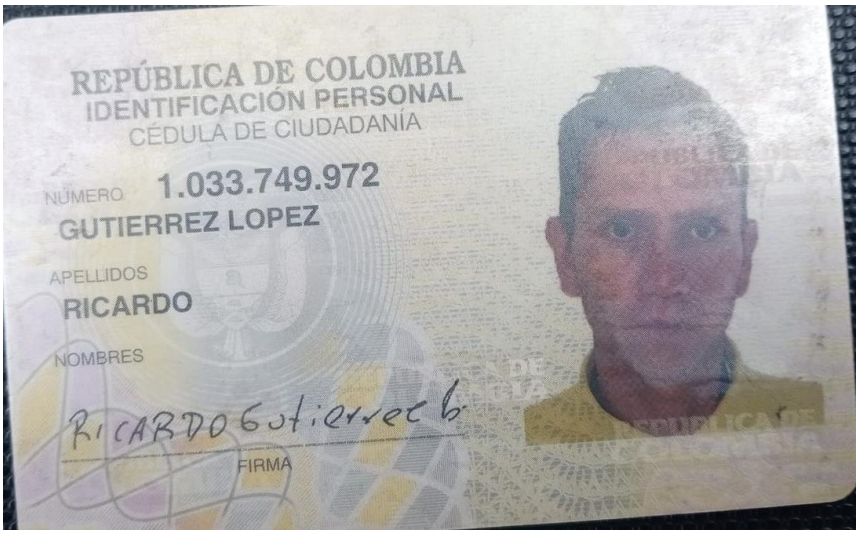


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.033.749.972
GUTIERREZ LOPEZ

APELLIDOS
RICARDO

NOMBRES

RICARDO Gutierrez b.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-DIC-1992
TENA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
10-DIC-2010 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO
A-1500150-01293160-M-1033749972-20220429
0078955369G 2
8504441125

Medellín, 13 de April de 2026

**LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS**

**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 HIDROMECANICOS Y CIVILES SANTIAGO SAS.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1033749972 | GUTIERREZ LOPEZ RICARDO | 14/04/2026 | | 30255127 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 13/04/2026 14:11:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.238.182.189, 192.230.104.6, 172.16.42.57

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012797812
9012797812

No. de Radicación SAT: 30490872

Fecha de Radicación: 13 04 2026 (D D M M A A A A)

## 1. DATOS DEL TRÁMITE

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

| 1. Tipo de trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | 4. Contribución solidaria | 5. Tipo de afiliado | 6. Tipo de cotizante | 7. Código (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación ☐<br>B. Reporte de Novedades X | A. Individual:<br>- Cotizante o cabeza de familia X<br>- Beneficiario o afiliado adicional ☐<br>B. Colectiva ☐<br>C. Institucional ☐<br>D. De oficio ☐ | A. Contributivo X<br>B. Subsidiado ☐ | SI ☐<br>NO ☐ | A. Cotizante X<br>B. Cabeza de familia ☐<br>C. Beneficiario ☐<br>D. Afiliado adicional ☐ | A. Dependiente X<br>B. Independiente ☐<br>C. Pensionado ☐ | |

## A. AFILIACIÓN — II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

| 8. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| GUTIERREZ (Primer Apellido) | LOPEZ (Segundo Apellido) | RICARDO (Primer Nombre) | (Segundo Nombre) |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| CC | 1033749972 | Femenino ☐ Masculino X | Femenino ☐ Masculino ☐<br>T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual | |

| 14. Lugar de nacimiento — País | Departamento | Municipio | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | | 08 D 12 M A 1992 A A |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBÉN | 20. Clasificación SISBÉN | 21. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Categoría discapacidad<br>SI ☐ NO X | SI ☐ NO ☐ | Nivel ☐ Grupo ☐ | |

| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC | 25. Tarifa contribución solidaria |
|---|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA | | $1.750.905 | |

| 26. Residencia — Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular | Correo electrónico |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Departamento | Municipio / Distrito | Localidad / Comuna | Zona |
|---|---|---|---|
| | | | Cabezera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐ |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

| 27. Apellidos y nombres — Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 28. Tipo de documento de identidad | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación | 32. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | Femenino ☐ Masculino ☐<br>T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual | |

| 33. Lugar de nacimiento — País | Departamento | Municipio | 34. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | | D D M M A A A A |

### Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

| 35. Apellidos y nombres | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 36. Tipo de documento de identidad | 37. Número del documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico | | 40. Sexo identificación | | | | | | 41. Lugar de nacimiento | | | 42. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Femenino | Masculino | F | M | T | NB | Otro | Cual | País | Departamento | Municipio | |
| B1 | | | | | | | | | | | | | | | D D M M A A A A |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | | D D M M A A A A |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | | D D M M A A A A |
| B4 | | | | | | | | | | | | | | | D D M M A A A A |
| B5 | | | | | | | | | | | | | | | D D M M A A A A |

### Datos complementarios del beneficiario

| | 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBÉN | | 48. Clasificación SISBÉN | | 49. Discapacidad | | | 50. Incapacidad permanente | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | SI | NO | NIVEL | GRUPO | SI | NO | CATEGORÍA DISCAPACIDAD | SI | NO |
| B1 | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | |

### 51. Datos de residencia

| | Departamento | Municipio / Distrito | Zona | Cabezera Municipal | Rural Disperso | Centro Poblado | Resto Rural | Teléfono fijo y/o celular | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | |

| | Dirección | Localidad / Comuna | Correo electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

| 53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | | 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | | |
| B1 | | |
| B2 | | |
| B3 | | |
| B4 | | |
| B5 | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo de documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| HIDROMECANICOS Y CIVILES | NT | 900880392 | |

| 59. Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CR 86 C 40 SUR A 70 | 9283334 | | BOGOTA | DISTRITO CAPITAL |
| Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |

## *B. REPORTE DE NOVEDADES*

**60. Tipo de Novedad** 1. Modificación de 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. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ]
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 [X]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
15. Traslado: A Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

| 61. Datos básicos de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 62. Sexo biológico | 63. Sexo identificación | 64. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual | D D M M A A A A |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|---|
| | D 14 M 04 A 2026 | Código [ ] | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 73. 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.
- [ ] 74. Autorización para que la EPS 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.
- [ ] 75. 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.
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

**79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria**

| Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad |
|---|---|
| | |

## IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

## X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

| | CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cantidad: | | | | | | | | |

TOTAL ANEXOS [ ]

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. 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. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. 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 [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. 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. [ ]

## XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

| 92. Identificación de la Entidad Territorial | 93. Nombre de la institución |
|---|---|
| Código del municipio [ ] Código del departamento [ ] | |

## XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

| 94. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| | | |

| 96. Fecha de radicación | 97. Fecha de validación | OBSERVACIONES: |
|---|---|---|
| D D M M A A A A | D D M M A A A A | CARGO: OFICIAL DE CONSTRUCCION |

**Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.**

Vigilado Supersalud

Cambio Empleo

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**RICARDO GUTIERREZ LOPEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.749.972**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Abril del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) RICARDO GUTIERREZ LOPEZ identificado(a) con CC No. 1033749972, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de HIDROMECANICOS Y CIVILES SANTIAGO SAS con NIT 9008803921:

- Fecha de afiliación a la Caja: 13/04/2026.
- Fecha de ingreso a la empresa: 14/04/2026.

**José Leonardo González Vega**
**Jefe Sección Afiliación y Postulación.**

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 13/04/2026