

Medellín, 29 de Septiembre 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 GLOBAL SERVIS OUTSOURCING SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000006 - SUCURSAL 04, Clase de riesgo 4, Porcentaje de cotización 4.35%.

### A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1144177251	CASAÑAS MALDONADO JENIFFER ANDREA	25/09/2021		216k2271	DEPENDIENTE

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](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C669035842127238774

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 29/09/2021 10:46:19.

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

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

Dirección IP: 186.102.19.118, 198.143.41.10, 172.16.42.57

I. DATOS DEL TRÁMITE		No. De Radicación	Fecha de Radicación
			0 1 0 9 2 0 2 1
1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Novedad <input checked="" type="checkbox"/>	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código a registrar por la EPS	
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres			
Casonos Maldonado Jennifer Andrea			
7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.144 177 251	F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	08/04/1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos personales			
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC	
Sura	Porvenir	908.526	
18. Residencia	19. Zona		
Cali # 4C-15	318558 9448 Jenny an mal@gmail.com		
Cali	Comuna 4 Valle		

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

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales			
24. Apellidos y nombres			
B1	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre
B2	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre
B3	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre
B4	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre
B5	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre
25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
B1		F <input type="checkbox"/>	
B2		F <input type="checkbox"/>	
B3		F <input type="checkbox"/>	
B4		F <input type="checkbox"/>	
B5		F <input type="checkbox"/>	



29. Parentesco		30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional
			Tipo: F N M Condición: T P	Municipio/Distrito: Zona Urbana Rural Departamento: Teléfono Fijo y/o celular:	(a registrar por la EPS)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Selección de la IPS Primaria		Código de la IPS	
34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS		(a registrar por la EPS)	
C	COMFANDI TORRES	91829	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES 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 de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Global servis outsourcing ses	MT	901-128-269-3	(a registrar por la EPS)
39. Ubicación			
Cali # 73-91 3182699951 globalservis@gmail.com	Cali Valle		



## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

Página 2 de 2

<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad. <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS. <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. <input type="checkbox"/> 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para: <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento. <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante. <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado.
---	--



### VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Primer apellido</td> <td style="width: 30%;">Segundo apellido</td> <td style="width: 20%;">Primer nombre</td> <td style="width: 20%;">Segundo nombre</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Tipo de Documento de Identidad</td> <td>Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/></td> <td>Fecha de nacimiento Escaneado con Cam</td> </tr> </table>	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Tipo de Documento de Identidad		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento Escaneado con Cam	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>42. Fecha 01092021</td> <td>43. EPS anterior</td> <td>44. Motivo de traslado Código</td> <td>45. Caja de Compensación Familiar o pagador de Pensiones</td> </tr> </table>	42. Fecha 01092021	43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de Pensiones
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre										
Tipo de Documento de Identidad		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento Escaneado con Cam										
42. Fecha 01092021	43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de Pensiones										

### VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input checked="" type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. <input checked="" type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción <input checked="" type="checkbox"/> 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. <input checked="" type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud. <input checked="" type="checkbox"/> 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. <input checked="" type="checkbox"/> 51. Autorización para que la EPS reporte información que se genere de la afiliación o del reporte de no novedades o la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. <input checked="" type="checkbox"/> 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. <input checked="" type="checkbox"/> 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
---	--

### VIII. FIRMAS

54. Cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
---	--

### IX. ANEXOS

<input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC Cantidad: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 la 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 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. <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.	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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--

### X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

69. Fecha de Validación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	70. Datos del funcionario que realiza la validación <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Primer apellido</td> <td style="width: 30%;">Segundo apellido</td> <td style="width: 20%;">Primer nombre</td> <td style="width: 20%;">Segundo nombre</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Tipo documento de identidad</td> <td colspan="2">71. Firma del funcionario</td> </tr> </table>	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Tipo documento de identidad		71. Firma del funcionario	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre						
Tipo documento de identidad		71. Firma del funcionario							

OBSERVACIONES:

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.

FIRC 006



## ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS

Las casillas sombreadas son de uso exclusivo de la E.P.S.S.O.S

Inicio vigencia del afiliado	0	1	0	9	2	0	2	1	Código Asesor	1474	Sucursal	001	Ciudad/Municipio	CALI
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------	------	----------	-----	------------------	------

Información para ser diligenciada por el Cotizante o Cabeza de Grupo Familiar

Fecha de Ingreso a la EPS anterior	D	M	A	A	A	A	Fecha de retiro a la EPS anterior	D	M	A	A	A	A
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	-----------------------------------	---	---	---	---	---	---

Información de Beneficiarios y Adicionales

	Beneficiario Adicional	Fecha de Afiliación al Sistema			Entidad Anterior de Prevención Seguridad Social en Salud o EPS	Código de EPS Anterior	Fecha de ingreso a EPS anterior			Fecha de retiro a EPS Anterior			Correo Electrónico	Puntaje Sisbén
		AAAA	MM	DD			AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD		
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

## ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, solicitamos responder el siguiente cuestionario posterior a la lectura que usted realice a la Cartilla del Usuario de nuestra entidad, la cual contiene información de derechos y deberes del afiliado y del paciente y la Carta de Desempeño, ya sea en formato físico o la publicada en la página web:

	SI	NO
1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, clara, expresa e informada para dar y/o continuar dando tratamiento a la información relacionada con mis datos personales y los de mis beneficiarios (en caso de afiliaciones PBS). Esta información existe en la base de datos de la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS SA, quien actúa como responsable del tratamiento de mis datos con la debida confidencialidad, seguridad, legalidad y transparencia en los términos y condiciones señalados en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, en armonía con su política de tratamiento de datos personales. La información, datos personales, datos privados, datos sensibles y datos públicos suministrados a EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S.A. podrán ser recolectados, almacenados, procesados, usados, suprimidos, actualizados y transmitidos mediante los canales de comunicación previstos por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S.A. (Físicos, digitales, medios magnéticos, aplicativos tecnológicos y otros) para las siguientes finalidades: a) Aseguramiento del riesgo en salud que incorpora la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y/o tratamiento paliativo de las situaciones de salud que se presenten. b) El suministro y transmisión de información relacionada con el aseguramiento de los riesgos en salud a la red prestadora de servicios de salud (IPS) definida por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S.A. c) Generar mecanismos de comunicación a través de los diferentes canales que dispone la entidad, para mi acceso a los programas de educación, información y recordación tendientes a contribuir a restablecer y mantener mi condición de bienestar en salud, en conjunto con las IPS. d) Envío de información comercial relacionada con nuevos productos de salud ofrecidos como asegurador. e) Invitaciones a participación de eventos en salud, programas de promoción y prevención. f) Encuestas de satisfacción del servicio; encuestas de nuevos productos. g) Envío de publicaciones y folletos para programas y campañas de salud u ofertas comerciales en salud mediante correo electrónico, físico o mensajes de texto. h) Realización de actualización de datos.

Los datos sensibles que serán tratados por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S.A. corresponden a datos de salud.

De acuerdo al Artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, usted tiene los siguientes derechos: 1) Conocer, actualizar, rectificar y suprimir los datos suministrados, 2) Solicitar prueba de autorización, conocer los usos que se han hecho de la información suministrada, cuando así lo solicite el titular, 3) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato suministrado cuando en el tratamiento realizado no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales a favor del titular o en el momento que lo desee, 4) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de tratamiento, 5) Consultar la Política de Tratamiento de Datos personales a través de la página web [www.sos.som.co](http://www.sos.som.co) El titular de la información suministrada podrá ejercer cualquiera de los derechos mencionados, dirigiendo una petición en este sentido a la dirección electrónica [defensor@sos.com.co](mailto:defensor@sos.com.co) o a la línea telefónica 018000938777.

La información obtenida para el tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma libre, voluntaria y es verídica. Así mismo, expresé que entiendo los alcances que tiene esta autorización.

SI ☒ NO ☐

Firma del Cotizante

C.C.N°

*Jeifer Anderson*  
7749177251

## Declaración de Convivencia

Nosotros

Identificados como aparece al pie de nuestras firmas, bajo la gravedad del juramento declaramos que a la fecha de diligenciamiento del formulario de afiliación a la Entidad Promotora de salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. Convivimos en condición de compañeros permanentes.

Firma del Cotizante  
C.C.N°:

Firma del Compañero(a)  
C.C.N°: