

Medellín, 24 de January de 2024

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que JUAN PABLO OCHOA SANCHEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 16453955 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 25/01/2024

Fecha fin cobertura:

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

ADONITRANS SAS N900527861

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

4492104 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE ALQUILER O ARRENDAMIENTO DE VEHÍCULOS DE PASAJEROS CON CONDUCTOR

CLASE DE RIESGO: 4 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 4.35%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - RIESGO IV

CLASE: 4 PORCENTAJE: 4.35% TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

4492104 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE ALQUILER O ARRENDAMIENTO DE VEHÍCULOS DE PASAJEROS CON CONDUCTOR

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

4492104 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE ALQUILER O ARRENDAMIENTO DE VEHÍCULOS DE PASAJEROS CON CONDUCTOR

CODIGO DE ACTIVIDAD: 4492104

CLASE DE RIESGO: 4 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 4.35%

**Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

*Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:*

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

*Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.*

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:

24/01/2024 12:26 PM



República de Colombia  
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
**FORMULARIO ÚNICO Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**

Página 1 de 2

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Novedad <input 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 type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	

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

6. Apellidos y nombres	7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
Ochoa Sanchez Juan Pablo	CC	16453955	F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	11110191+12

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales	11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
		Tipo F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	SURA	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC	
18. Residencia	Carrera 2 Noroeste #14-87 Yumbo	3006985588	Juanpabloocchcasanchez60@gmail.com	Valle.
Zona	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			

**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	Placa de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Fecha de nacimiento	12. Grupo de población especial
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	B2	B3	B4	B5
25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de Nacimiento		
B1		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
B2		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
B3		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
B4		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
B5		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional
		Tipo F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Zona Municipio/Distrito Urbana Rural	Alexandra López S. 3046418121 alopecs@sos.com.co
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud -IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C Compañía Yumbo	00011
B1	



## ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS

Código: FT-GEC-AF-010  
 Versión: 1  
 Fecha de actualización: 26/01/2023

Las casillas sombreadas son de uso exclusivo de la EPS SOS

Inicio vigencia del afiliado	24012024	Código Asesor	Cu	Sucursal	001	Ciudad/Municipio	Ced 18
------------------------------	----------	---------------	----	----------	-----	------------------	--------

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

Fecha de Ingreso a la EPS anterior						Fecha de retiro a la EPS anterior			
------------------------------------	--	--	--	--	--	-----------------------------------	--	--	--

## Información de Beneficiarios y Adicionales

	Beneficiario Adicional	Fecha de Afiliación al Sistema			Entidad promotora de Salud EPS Anterior	Código de EPS Anterior	Fecha de Ingreso a EPS anterior			Fecha de Retiro a EPS Anterior			Correo Electrónico	Puntaje Sistémi
		AAAA	MM	DD			AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD		
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

## CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI  NO   
 Correo Electrónico:

## 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 formato físico o electrónico.

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?  SI  NO
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?  SI  NO
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?  SI  NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?  SI  NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?  SI  NO

## AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, clara, expresa e informada para dar y/o continuar dando trámite a la información relacionada con mis datos personales y los de mis beneficiarios (en 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 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. son recolectados, almacenados, procesados, usados, suprimidos, actualizados y transmitidos mediante los canales de comunicación previstos por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. (Físicos, digitales, medios magnéticos, aplicativos tecnológicos y otros) para las siguientes finalidades: a) Aseguramiento del riesgo en salud que incorpora la prevención, el 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 la 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 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 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, 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 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, 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 los 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.com.co El titular de la información podrá ejercer cualquiera de los derechos mencionados, dirigiendo una petición en este sentido a la dirección electrónica

defensor del usuario@sos.com.co o protección de datos@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, expresó que entiendo los alcances de la autorización.

Juan Pablo Ochoa C.  
 SI  NO