

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

VIGILADO

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Novedad <input type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación 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"/>		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código a registrar por la EPS <input type="text"/>	

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

**A. AFILIACIÓN**

6. Apellidos y nombres Ochoa Sanchez Juan Pablo			
7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número de documento de identidad 16453955	9. Sexo F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 1/1/10/1/9/12

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

**Datos personales**

11. Etnia <input type="text"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="text"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="text"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL SURA		16. Administradora de Pensiones Colfondos	
17. Ingreso base de cotización -IBC		18. Residencia Carretera 2 Noroeste #4-87 Yumbo	
3006985588		Juan.pablo.ochoa.sanchez60@gmail.com	
Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		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 F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento

**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 F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	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 Tipo <input type="text"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="text"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
32. Datos de residencia Municipio/Distrito		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
		Teléfono Fijo y/o celular	
		Código de la UPC del afiliado adicional	

**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	Comfandi Yumbo	00011
B1		





## ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS

Código: FT-GEC-AF-010

Versión: I

Fecha de actualización: 26/01/2023

Las casillas sombreadas son de uso exclusivo de la EPS S.O.S

Inicio vigencia del afiliado: 24012024 Código Asesor: C6 Sucursal: 001 Ciudad/Municipio: Cali?

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 Sisben
		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 en formato físico o electrónico.

- ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?
- ¿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?
- ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?
- ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?
- ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?

## AUTORIZACIÓN 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 las 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. 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 servicios de 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 respeta 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.som.co](http://www.sos.som.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](mailto: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, expresé que entiendo los alcances de esta autorización.

Juan Pablo Ochoa C. SI ☒ NO ☐