

I. DATOS DEL TRÁMITE		No. De Radicación	Fecha de Radicación
			D D M M A A A A
1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Novedad <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	
5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input 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)			
6. Apellidos y nombres			
Rayo Apellido		Jaramillo Nombre	
7. Tipo de documento de identidad		8. Número de documento de identidad	
CC		14899152	
9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>		1 0 1 0 1 9 7 5	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos personales			
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL		16. Administradora de Pensiones	
SURA		PORVENIR	
17. Ingreso base de cotización -IBC			
\$1.000.000			
18. Residencia			
Calle 25 b # 7-28			
Teléfono fijo		Teléfono celular	
19. Correo electrónico			
20. Zona		21. Localidad/Comuna	
Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/>		VALLE DEL CAUCA	

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

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		28. Fecha de Nacimiento	
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		D D M M A A A A	
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		D D M M A A A A	
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		D D M M A A A A	
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		D D M M A A A A	
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		D D M M A A A A	

Datos complementarios	
29. Parentesco	30. Etnia
31. Discapacidad	32. Datos de residencia
Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	Zona <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento
33. Valor de la UPC del afiliado adicional	34. Valor de la UPC del afiliado adicional
(a registrar por la EPS)	(a registrar por la EPS)

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	
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
Alianzas y telecomunicaciones	NIT	901005149	(a registrar por la EPS)
39. Ubicación	40. Ubicación	41. Ubicación	42. Ubicación
CALLE23D #5BN-93	3154348681	caai-asistente1@hotmail.com	CALI / Distrito VALLE Departamento

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación											
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre		
Tipo de Documento de Identidad <input type="text"/>			Número de documento de Identidad			Sexo F <input type="text"/> M <input type="text"/>			Fecha de nacimiento D D M M A A A A		
42. Fecha 0 3 0 3 2 0 2 2			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 type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
<input 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.

VIII. FIRMAS

<i>Jorge Andres Rayo</i> 54. Cotizante, cabeza de familia o beneficiario	<i>Brayan Salazar</i> 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="text"/> 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.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del departamento		67. Datos del SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel		68. Fecha de radicación D D M M A A A A	
69. Fecha de Validación D D M M A A A A					
70. Datos del funcionario que realiza la validación					
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	
Tipo documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad		71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

ANEXO AL FORMULARIO DE AFILIACIÓN P.B.S.

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

Inicio vigencia del afiliado	D	D	M	M	A	A	Código Asesor	Sucursal	Ciudad/Municipio
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---------------	----------	------------------

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

Fecha de ingreso a la EPS anterior	D	D	M	M	A	A	A	A	Fecha de retiro a la EPS anterior	D	D	M	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:

	SÍ	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?	X	
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?	X	
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

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 a cargo. Los datos personales suministrados existen o estarán incluidos en distintas bases de datos de la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS y sus aliados estratégicos conforme a la finalidad y objeto social de la misma, para el uso exclusivo. EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS 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 demás decretos reglamentarios, 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 SOS podrán ser recolectados, almacenados, procesados, usados, suprimidos, actualizados y transmitidos mediante los canales de comunicación previstos por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS (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 EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS SOS. c) El suministro y transmisión de información requerida para garantizar la prestación de servicios y gestionar relaciones contractuales, a sus aliados estratégicos y terceros requeridos. d) 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 reestablecer y mantener mi condición de bienestar en salud, en conjunto con las IPS. e) Envío de información comercial relacionada con nuevos productos de salud ofrecidos como asegurador. f) Invitaciones a participación de eventos en salud, programas de promoción y prevención. g) Encuestas de satisfacción del servicio; encuestas de nuevos productos. h) Envío de publicaciones y folletos para programas y campañas de salud u ofertas comerciales en salud mediante correo electrónico, físico o mensajes de texto. i) Realización de actualización de datos. j) En general para cualquier otra finalidad que se derive de la naturaleza jurídica de EPS SOS.

Los datos suministrados que pueden ser sensibles, serán tratados por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS y sus aliados estratégicos, corresponden a datos personales, de salud y/o datos particulares requeridos oficiosamente para cumplimiento de ley. En relación con datos considerados como sensibles, el titular no está obligado a autorizar su tratamiento. Se considera que el titular es el único responsable de la veracidad y la idoneidad de la información que se brinde a la Entidad, la cual se presume pertinente, correcta, actualizada y útil para los fines a los cuales se recaba y destina.

Como titular de la información puede ejercer sus derechos a: 1) conocer, actualizar, rectificar y sólo en los casos en que sea procedente a solicitar la supresión de los datos y/o revocación de la autorización otorgada para su tratamiento 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.com.co

El titular de la información suministrada, podrá ejercer cualquiera de los derechos mencionados, dirigiendo una petición en este sentido a la dirección electrónica protecciondedatos@sos.com.co. La información obtenida para el tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma libre, voluntaria y es verídica. Así mismo, expreso que entiendo los alcances que tiene esta autorización.

SI ☒ NO ☐

Jorge A. Rayo

Firma del Cotizante

C.C. No. 14899152

Declaración de Convivencia

Nosotros _____ y _____
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. No.

Firma del Compañero(a)
C.C. No.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JORGE ANDRES RAYO JARAMILLO identificado(a) con C.C No. 14.899.152, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 01 de marzo del 2022.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Medellín, 01 de marzo de 2022

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 ALIANZAS Y TELECOMUNICACIONES SAS que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0004641201 RIESGO 4		Clase: 4		Porcentaje Cotización:	4,35 %
C14899152	RAYO JARAMILLO JORGE ANDRES	02/03/2022		18124024	DEPENDIENTE

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 01/03/2022 16:43:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.147.253.46, 192.230.104.10, 172.16.42.57