

Servicio Occidental de Salud

I. DATOS DEL TRÁMITE

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	0 1 1 1 2 0 2 4

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 type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres JONATHAN Primer apellido	Segundo Apellido	OCAMPO Primer Nombre	TORRES Segundo Nombre
7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número de documento de identidad 1144069195	9. Sexo F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 1 7 0 3 1 9 9 4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia <input type="checkbox"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Condición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBÉN <input type="checkbox"/>	14. Grupo de población especial <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	---	--

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL COLPATRIA	16. Administradora de Pensiones PORVENIR	17. Ingreso base de cotización -IBC 1300000
--	--	---

18. Residencia casa #15 sector Tamayo	Teléfono fijo 316 3201631	jjhonatanocampo105@gmail.com
--	-------------------------------------	-------------------------------------

CALI Municipio/Distrito	Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	LOS CHORROS Municipio/Distrito	VALLE Departamento
-----------------------------------	---	--	------------------------------

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	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de documento <input type="checkbox"/>	21. Número de documento de identidad <input type="checkbox"/>	22. Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento 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	Segundo Nombre
B2 Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B3 Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B4 Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B5 Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
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"/>	D D M M A A A A
B2		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A
B3		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A
B4		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A
B5		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Condición
		F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
32. Datos de residencia	Zona Municipio/Distrito Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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 VIVA 1A LA 80	94610
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 (a registrar por la EPS)		
39. Ubicación	Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

40. 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. Reinscripción en la EPS.
- 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.
- 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

- 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo
 B. Régimen Subsidiado
- 14. Traslado: A. Mismo Régimen
 B. Diferente Régimen
- 15. Reporte de fallecimiento.
- 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- 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 <input type="text"/>	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A
42. Fecha <input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A	43. EPS anterior <input type="text"/>	44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- 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.
- 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud.
- 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.
- 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.
- 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.
- 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

<i>Jonathan Ocampo</i> 54. Cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
---	--

IX. ANEXOS

- 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
Cantidad: X Total:
- 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- 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.
- 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- 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.
- 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la superintendencia nacional de salud.
- 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 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 <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 D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A
--	---	---------------------------------	-------------------------------	---

69. Fecha de Validación
 D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer apellido <input type="text"/>	Segundo apellido <input type="text"/>	Primer nombre <input type="text"/>	Segundo nombre <input type="text"/>
Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>	71. Firma del funcionario <input type="text"/>	

OBSERVACIONES:

CARLOS ALFREDO APRAEZ OCAÑA 2681



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 E.P.S S.O.S

Inicio vigencia del afiliado	0	1	1	1	2	0	2	4	Código Asesor	2681	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	D	M	M	A	A	A	A	Fecha de retiro a la EPS anterior	D	D	M	M	A	A	A
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

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			Corre Electrónico			Puntaje Sisbén
	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: jhonatanocampo105@gmail.com

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.

	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 deseé, 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 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 que tiene esta autorización.

SI NO

Firma del Cotizante

Jonathan Ocampo

C.C. N° 1144069195

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 N°:Firma del Compañero(a)
C.C N°:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
OFICINA DE CIUDADANIA

1,144,069,195

OCAMPO TORRES

670-671

JONATHAN

卷之三

Thick-walled, smooth



THE 1918 MIGRATION

17-MAR-1994

CALL
(VALLE)

ALONG THE MOUNTAINS

173

01

M

五卷本DATA相册

380

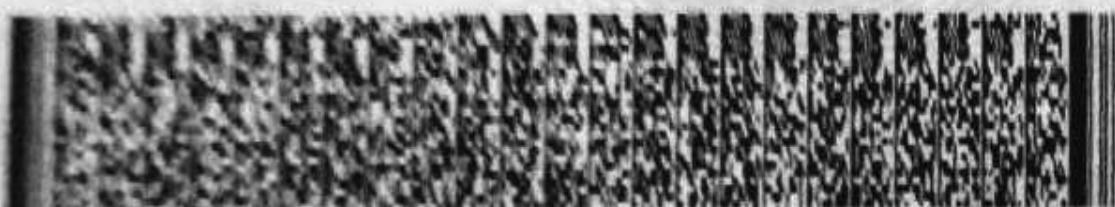
卷之三

28-MAR-2013 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIBAL SAMUEZ TORIBIO

2000-2001



卷之三十一-20120503-1144269195-20120503

0029784894A-1

39162857

Medellín, 30 de october de 2024

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

CERTIFICA:

Que JONATHAN OCAMPO TORRES identificado(a) con cédula de ciudadanía 1144069195 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/11/2024

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:

30/10/2024 1.24 PM