

I. DATOS DEL TRÁMITE		No. De Radicación	Fecha de Radicación
			0   1   1   1   2   0   2   4
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"/>	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <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"/>	

**A. AFILIACIÓN**

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres Primer Apellido: JONATHAN 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	12. Discapacidad Tipo: F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición: T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
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 Correo electrónico: jhonatanocampo105@gmail.com			
Municipio/Distrito: CALI Zona: Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Departamento: LOS CHORROS 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			
Primer apellido		Segundo apellido	
20. Tipo de documento		21. Número de documento de identidad	
		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
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"/> 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"/>
		28. Fecha de Nacimiento	
B1		D   D   M   M   A   A   A   A	
B2		D   D   M   M   A   A   A   A	
B3		D   D   M   M   A   A   A   A	
B4		D   D   M   M   A   A   A   A	
B5		D   D   M   M   A   A   A   A	

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo: F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición: 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	Teléfono Fijo y/o celular	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

<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"/> 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"/> 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 checked="" 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	Número de documento de Identidad	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A
42. Fecha D   D   M   M   A   A   A   A	43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de Pensiones

### VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input 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.

### VIII. FIRMAS

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

### IX. ANEXOS

<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total: 1 <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 Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

### OBSERVACIONES:

CARLOS ALFREDO APRAEZ OCAÑA 2681

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

		<b>ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS</b>										<b>Código</b> FT-GEC-AF-010													
												<b>Versión:</b> 1													
												<b>Fecha de actualización:</b> 26/01/2023													
Las casillas sombreadas son de uso exclusivo de la E.P.S S.O.S																									
<b>Inicio vigencia del afiliado</b>		0	1	1	1	2	0	2	4	<b>Código Asesor</b>		2681	<b>Sucursal</b>		001	<b>Ciudad/Municipio</b>		CALI							
<b>Información para ser diligenciada por el Cotizante o Cabeza de Grupo Familiar</b>																									
<b>Fecha de Ingreso a la EPS anterior</b>					D	D	M	M	A	A	A	A	<b>Fecha de retiro a la EPS anterior</b>					D	D	M	M	A	A	A	A
<b>Información de Beneficiarios y Adicionales</b>																									
	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																									
<b>CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO</b> Autorizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Correo Electrónico: jhonatanocampo105@gmail.com																									
<b>ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA</b> 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"/>								
<b>AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES</b>																									
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.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, expresé que entiendo los alcances que tiene esta autorización.																									
																SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>						
Firma del Cotizante <u>Jonathan Ocampo</u>																C.C. N° 1144069195									
<b>Declaración de Convivencia</b> 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°: _____									

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.144.069.195

Ocampo Torres

Apellido

JONATHAN

Nombre

*Jonathan Ocampo Torres*

400000



Índice Dactiloscópico

FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-1994

CALI  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73

ESTATURA

O+

G.S. RH

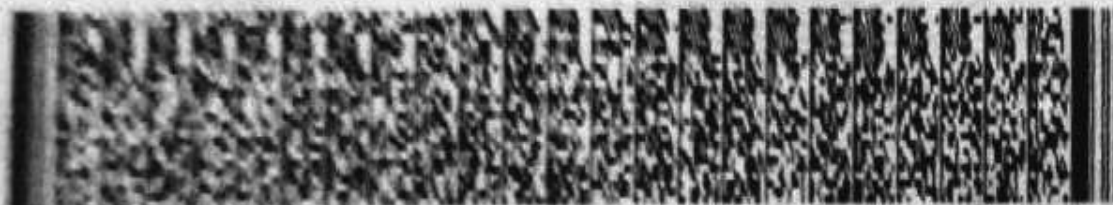
M

SEXO

28-MAR-2012 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-37100100-00372532-M-1144069195-20120503

0029784894A 1

38162857

Medellín, 30 de octubre 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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

**VIGILADO**

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