SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.

CERTIFICA QUE

CD3 4226086 Ene 6 2022 9:38AM

El (la) señor(a) WILMER TABORDA RAMIREZ, identificado(a) con documento de identidad CEDULA DE CIUDADANIA 16795914 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S, en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A, con última fecha de afiliación: 2012/02/01 y su estado de afiliación a la fecha de generación de este certificado es: PROTECCIÓN LABORAL, con el siguiente detalle:

En caso de encontrar alguna inconsistencia en la información aportada por favor reportarlo a través del correo electrónico de servicioalcliente@sos.com.co.

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. en el ultimo año.

Tipo ID	Numero ID	Nombre del Cotizante	Tipo Id. Empleador	Razón Social	Periodo de Cotización	Dias Cotizados
CC	16795914	WILMER TABORDA RAMIREZ	CC 16795914	WILMER TABORDA RAMIREZ	2020/12	30
CC	16795914	WILMER TABORDA RAMIREZ	CC 16795914	WILMER TABORDA RAMIREZ	2021/07	17
CC	16795914	WILMER TABORDA RAMIREZ	CC 16795914	WILMER TABORDA RAMIREZ	2021/07	13
CC	16795914	WILMER TABORDA RAMIREZ	CC 16795914	WILMER TABORDA RAMIREZ	2021/08	30
CC	16795914	WILMER TABORDA RAMIREZ	CC 16795914	WILMER TABORDA RAMIREZ	2021/09	30
CC	16795914	WILMER TABORDA RAMIREZ	CC 16795914	WILMER TABORDA RAMIREZ	2021/10	30
CC	16795914	WILMER TABORDA RAMIREZ	CC 16795914	WILMER TABORDA RAMIREZ	2021/11	30
CC	16795914	WILMER TABORDA RAMIREZ	CC 16795914	WILMER TABORDA RAMIREZ	2021/12	30

Para constancia de lo anterior se firma en la ciudad de CALI , a los SEIS (6) dias del mes de Enero del año 2022

La dinámica de los datos consignada en este certificado es variable, por tanto la información corresponde al día de hoy. "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y de Protección Social"

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, documento no válido como autorización de traslado entre EPS. No es válida para aclarar situación de duplicidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Atentamente,

Gerencia de Experiencia del Usuario

sisuqu01

Evita desplazamientos innecesarios descargando tu certificado de afiliación a través de la oficina virtual desde nuestras paginas web
¡Oficina Virtual, una nueva forma de hacer las cosas!

Sede Nacional: Cra 56 # 11A-88 Cali - Colombia
Linea Nacional: 018000 938777 **PBX:** (2) 489 86 86
Correo electrónico: servicioalcliente@sos.com.co

Visita nuestras páginas web
www.sos.com.co
www.pac-sos.com.co

Vigilado Supersalud

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-01-06, 09:15:38 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1042914924

Periodo Cotización: enero de 2022 **Periodo Servicio:** enero de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8832930540

PAGADO 06/01/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WILMER TABORDA RAMIREZ		
Documento	CC16795914	**Dirección**	CL 60 NORTE #3 AN - 60 LA FLORA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3108127542
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	CALI	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 16795914	WILMER TABORDA RAMIREZ	59	00	X																0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.715.200	$ 274.500	(EPS018) S.O.S EPS	$ 1.715.200	$ 214.400	1,044	$ 1.715.200	$ 18.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 506.900

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.715.200	$ 1.715.200	$ 1.715.200	$ 0	$ 274.500	$ 214.400	$ 18.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 506.900	$ 0	$ 506.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

SOS
Servicio Occidental de Salud

República de Colombia
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO UNICO Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicación	Fecha de Radicación
1577658	05/01/2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ☐ B. Novedad ☑	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☑ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código a registrar por la EPS
A. Cotizante ☑ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☑ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Alvarado	Segundo Apellido: Aguirre	Primer Nombre: Wilmer	Segundo Nombre:
7. Tipo de documento de identidad: RC	8. Número de documento de identidad: 16745914	9. Sexo: F ☐ M ☑	10. Fecha de nacimiento: 26/01/1972

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F ☐ N ☐ M ☐ Condición T ☐ P ☐		

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
	Colpensiones	1'715.200

18. Residencia			
Dirección: Calle 60N # 3AN-60	Teléfono: 3031285421	Correo electrónico:	
Departamento: Cauca	Municipio/Distrito: Popayán	Zona: Urbana ☐ Rural ☐	Centro Poblado/Comuna: Flora

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	21. Número de documento de identidad	22. Sexo: F ☐ M ☐	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 ☐ M ☐	D D M M A A A A
B2			F ☐ M ☐	D D M M A A A A
B3			F ☐ M ☐	D D M M A A A A
B4			F ☐ M ☐	D D M M A A A A
B5			F ☐ M ☐	D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	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	Com Funda Tons	41829
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

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.

RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN SOS FECHA 05 ENE 2022 Hora: Cédula Asesor 31.166.359 Código Asesor 2374

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 ☐ M ☐	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

- ☑ 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

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: ☐ 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	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:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capitulo VII del formulario.

FT-GEC-AF-008 - AFILIADO -