SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

El(la) señor(a) ALEXANDER SALDARRIAGA GALVIS , identificado(a) con CC 1088310608 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., con fecha de última afiliación: 01/10/2014 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: ACTIVO por el Régimen CONTRIBUTIVO, en calidad de COTIZANTE

Su grupo familiar es:

Tipo de Documento	Número de documento	Nombre del afiliado	Estado de afiliación
CC	1088310608	ALEXANDER SALDARRIAGA GALVIS	VIGENTE

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

Tipo doc	Número de documento	Nombre del Cotizante	Tipo ID Empleador	NúmeroID Empleador	Razón Social	Período Cotización	Días Cotizados
CC	1088310608	ALEXANDER SALDARRIAGA GALVIS	NI	79563416	WILTHON RICARDO CASTILLO CASABUENAS	2021/01	1
CC	1088310608	ALEXANDER SALDARRIAGA GALVIS	NI	79563416	WILTHON RICARDO CASTILLO CASABUENAS	2021/01	28
CC	1088310608	ALEXANDER SALDARRIAGA GALVIS	NI	79563416	WILTHON RICARDO CASTILLO CASABUENAS	2021/02	30
CC	1088310608	ALEXANDER SALDARRIAGA GALVIS	NI	79563416	WILTHON RICARDO CASTILLO CASABUENAS	2021/03	1
CC	1088310608	ALEXANDER SALDARRIAGA GALVIS	NI	79563416	WILTHON RICARDO CASTILLO CASABUENAS	2021/03	29
CC	1088310608	ALEXANDER SALDARRIAGA GALVIS	NI	79563416	WILTHON RICARDO CASTILLO CASABUENAS	2021/04	30
CC	1088310608	ALEXANDER SALDARRIAGA GALVIS	NI	891480000	COMFAMILIAR RISARALDA	2021/10	30
CC	1088310608	ALEXANDER SALDARRIAGA GALVIS	NI	891480000	COMFAMILIAR RISARALDA	2021/11	30
CC	1088310608	ALEXANDER SALDARRIAGA GALVIS	NI	891480000	COMFAMILIAR RISARALDA	2021/12	30

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los VEINTIDOS (22) días del mes de ENERO del año 2022.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Atentamente,

Gerencia de Experiencia al Usuario

portal_webusr

CD3 4252141 Ene 22 2022 9:50PM

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

17 ENE 2022

No. De Radicación	Fecha de Radicación
1608776	17/01/2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite
A. Afiliación [ ] B. Novedad [✓]

2. Tipo de Afiliación
A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ]
B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen
A. Contributivo [✓] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante [✓] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente [ ] B. Independiente [✓] C. Pensionado [ ]

Código a registrar por la EPS

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres				7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
Primer Apellido: Saldarriaga	Segundo Apellido: Ortiz	Primer Nombre: Alexander	Segundo Nombre:	CC	1088 310 608	F [ ] M [✓]	03/03/1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	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
	Porvenir	1'300.000

18. Residencia			
Cra 15 166-84	3216435033	Zona: Urbana [✓] Rural [ ]	Bogotá

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	23. Fecha de nacimiento
Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			F [ ] M [ ]	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de Nacimiento
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre				
B1							F [ ] M [ ]	
B2							F [ ] M [ ]	
B3							F [ ] M [ ]	
B4							F [ ] M [ ]	
B5							F [ ] M [ ]	

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional
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	Escoja su ruta	1
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

Escaneado con CamScanner