

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

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 ZEA Primer Apellido MATEUS Segundo Apellido JUAN Primer Nombre CARLOS Segundo Nombre	
7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número de documento de identidad 79578936
9. Sexo F ☐ M ☒	10. Fecha de nacimiento 2 0 0 9 1 9 7 1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL SURA		16. Administradora de Pensiones PORVENIR		17. Ingreso base de cotización -IBC 2500000			
18. Residencia CRA 10 NORTE 73-45		Teléfono fijo 3008450484		Correo electrónico juankzeamateus@gmail.com			
Cali Municipio/Distrito		Zona Urbana ☒ Rural ☐		COMFENALCO		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 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 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	IPS COMFANDI TORRES	91829	
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 LAM CONSTRUCCIONES SAS		36. Tipo de documento de identificación NIT		37. Número de identificación 900356860		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación CL 97 70C-95		3122046431		dora.quintana2109@hotmail.com		BOGOTA CUNDIMARCA	

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

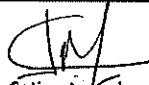
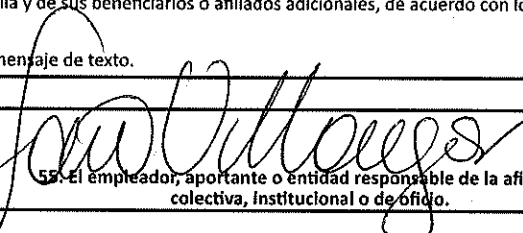
41. Datos básicos de identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de Documento de Identidad <input type="text"/>		Número de documento de Identidad		Sexo F ☐ M ☐		Fecha de nacimiento	
42. Fecha 2 3 0 1 2 0 2 4		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 SG
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 <input type="text"/> Código del departamento <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	
69. Fecha de Validación					
70. Datos del funcionario que realiza la validación					
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	
Tipo documento de identidad		Número del documento de identidad		71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES: **ANGIE MUÑOZ 2675**



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	2	0	2	2	0	2	4	Código Asesor	2675	Sucursal	CALI	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	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: juankzeamateus@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?	☒	☐
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?	☒	☐
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	☒	☐
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	☒	☐
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	☒	☐

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 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.som.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 ☒ NO ☐

Firma del Cotizante

C.C. N° 79578966

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°:

Medellín, 22 de January de 2024

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 LAM CONSTRUCCIONES SAS.

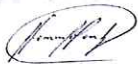
A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000009 LAM FAC			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C79578936	ZEA MATEUS JUAN CARLOS	23/01/2024		cuC31911	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SOS Poner!

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 22/01/2024 14:42:38 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.132.138.136, 192.230.104.4, 172.16.42.57



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JUAN CARLOS ZEA MATEUS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.578.936**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.



comfama

Radicado: 672816

Certificado de afiliación

La Caja de Compensación Familiar de Antioquia, Comfama

hace constar que:

Juan Carlos Zea Mateus con cédula de ciudadanía 79578936, se encuentra afiliado (a) a esta Corporación, en calidad de trabajador(a) dependiente, con tarifa de afiliación A, por intermedio de:

Razón social	Tipo Documento	Fecha afiliación	Fecha ingreso empresa*
Lam Construcciones S.A.S.	NIT 900356860	2024-01-24	2024-01-23

*Fecha reportada por el empleador al momento de la afiliación a Comfama.

No tiene grupo familiar registrado.

Se expide esta constancia el día 5 de febrero de 2024 a solicitud del empleador.

Cordialmente,

JUAN SEBASTIÁN BARRERA HINCAPIÉ
Responsable Afiliaciones

