ARL | sura

Medellín, 03 de April de 2025

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 MISIÓN PLUS S.A.S..

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: 0000EDU001 SECRETARIA EDUCACION			Clase: 3		Porcentaje Cotización:	2.436 %
C10142240	OSORIO JHON JAIRO	04/04/2025		t5801871	DEPENDIENTE	POR INICIAR

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 03/04/2025 11:02:20 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.0.43.251, 198.143.41.18, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

OK Yeminus

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	09/04/2025

I. Datos del tramite

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4.Contribución Solidaria
a. Afiliación [X]	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	Si [ ]
b. Reporte de Novedad [ ]	- Beneficiario o Afiliado Adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	No [ ]
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	(lo registrara por su EPS)

A. AFILIACION

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: OSORIO	Segundo Apellido:	Primer Nombre: JHON	Segundo Nombre: JAIRO

9. Tipo de Documento de Identidad	10. N° de Documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	10142240	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál [ ]

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento					15. Fecha de nacimiento
	País	Departamento		Municipio		
COL	COLOMBIA	RISARALDA		PEREIRA		22/08/1971

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	
		Si [ ] No [ ]	Categoría de la discapacidad:

19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de Población Especial
Si [ ] No [ ]	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensión	24. Ingreso Base de Cotización-IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SURA	COLFONDOS	1430000	

26. Residencia			
MZ 25 CASA 14	Teléfono Fijo:	3004690494	jjhons15@hotmail.com

RISARALDA | PEREIRA | SAMARIA II | Zona: Cabecera municipal [X] Rural disperso [ ] Centro Poblado [ ] Resto rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cotizante

27. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:

28. Tipo de Documento de Identidad	29. N° de Documento de Identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál [ ]

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento					34. Fecha de nacimiento
	País		Departamento		Municipio	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y Nombres				
	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
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:

36. Tipo Documento	37. N° documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo Identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de Nacimiento
			Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál	País	Departamento	Municipio	
B1														Fecha de Nacimiento:
B2														Fecha de Nacimiento:
B3														Fecha de Nacimiento:
B4														Fecha de Nacimiento:
B5														Fecha de Nacimiento:

Datos Complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45.Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad			50.Incapacidad permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoría de discapacidad	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de Residencia							52. Valor de la UPC del afiliado adicional: (lo registrara por su EPS)
	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural disperso	Zona: Resto rural	Teléfono fijo y/o celular
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	Dirección	Localidad /Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (lo registrara por su EPS)
C	
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o Razón Social	56. Tipo de Documento de Identidad	57. Número de Identificación	58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones
MISION PLUS S.A.S	NIT	900879619-6	(lo suministrara por su EPS)

59. Ubicación			
CR 7 # 19 -28 OFC 304	recursoshumanos misionplus@gmail.com	RISARALDA	PEREIRA

B. REPORTE DE NOVEDADES

- ☐ ción de datos básicos de Identificación.
- ☐ ón de datos básicos de Identificación.
- ☐ ación del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código ☐
- ☐ 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 perdida de condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐
- ☐ 15. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐
- ☐ 16. Reporte de Fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
- ☐ 17. Reporte del tramite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos Básicos de Identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de identidad	Número de documento de Identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	DD / MM / AAAA

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	04/04/2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- ☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- ☐ 73. 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
- ☐ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- . 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.
- ☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de identidad:	Número del documento de identidad:

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Johan Ferro Osorio	Katherin Torres

MISIÓN PLUS SERVICIOS TEMPORALES NIT. 900.879.619-6

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo copia del documento de identidad: cantidad de documento de indentidad anexos CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐

- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- ☐ 85. 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.
- ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. 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
- ☐ Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91. 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.

Total Anexos ☐

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/o INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del Municipio	Código del Departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad	Numero de Documento de Identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA

OBSERVACIONES:

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

	ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS	Código: FT-GEC-AF-010 Versión: 1 Fecha de actualización: 26/12/2024

Las casillas sombreadas son de uso exclusivo de la E.P.S S.O.S

Inicio vigencia del afiliado									Código Asesor		Sucursal		Ciudad/Municipio	

Información para ser diligenciada por el Cotizante o Cabeza de Grupo Familiar

Fecha de Ingreso a la EPS anterior									Fecha de retiro a la EPS anterior								

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 la 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:

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.

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, expresó que entiendo los alcances que tiene esta autorización.

SI [X] NO [ ]

Firma del Cotizante Jhon Jairo Osorio

C.C. N° 10192240

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.

Jhon Jairo Osorio

Firma del Cotizante
C.C N°: 10192240

Firma del Compañero(a)
C.C N°:

	ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS	Código: FT-GEC-AF-010 Versión: 1 Fecha de actualización: 26/12/2024

Las casillas sombreadas son de uso exclusivo de la E.P.S S.O.S

Inicio vigencia del afiliado	D 0 D 9 M 0 M 4 A 2 A 0 2 5	Código Asesor	2421	Sucursal	002	Ciudad/Municipio	PEREIRA

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 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														

TA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

rizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI____ NO X

Correo Electrónico:

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?	X	
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?	X	
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

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 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, expresó que entiendo los alcances que tiene esta autorización.

SI [X] NO [ ]

Firma del Cotizante Jhon fairo Osorio.

C.C. N° 1014Z240

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.

Jhon fairo Osorio.

Firma del Cotizante
C.C N°: 1014Z240

Firma del Compañero(a)
C.C N°:

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

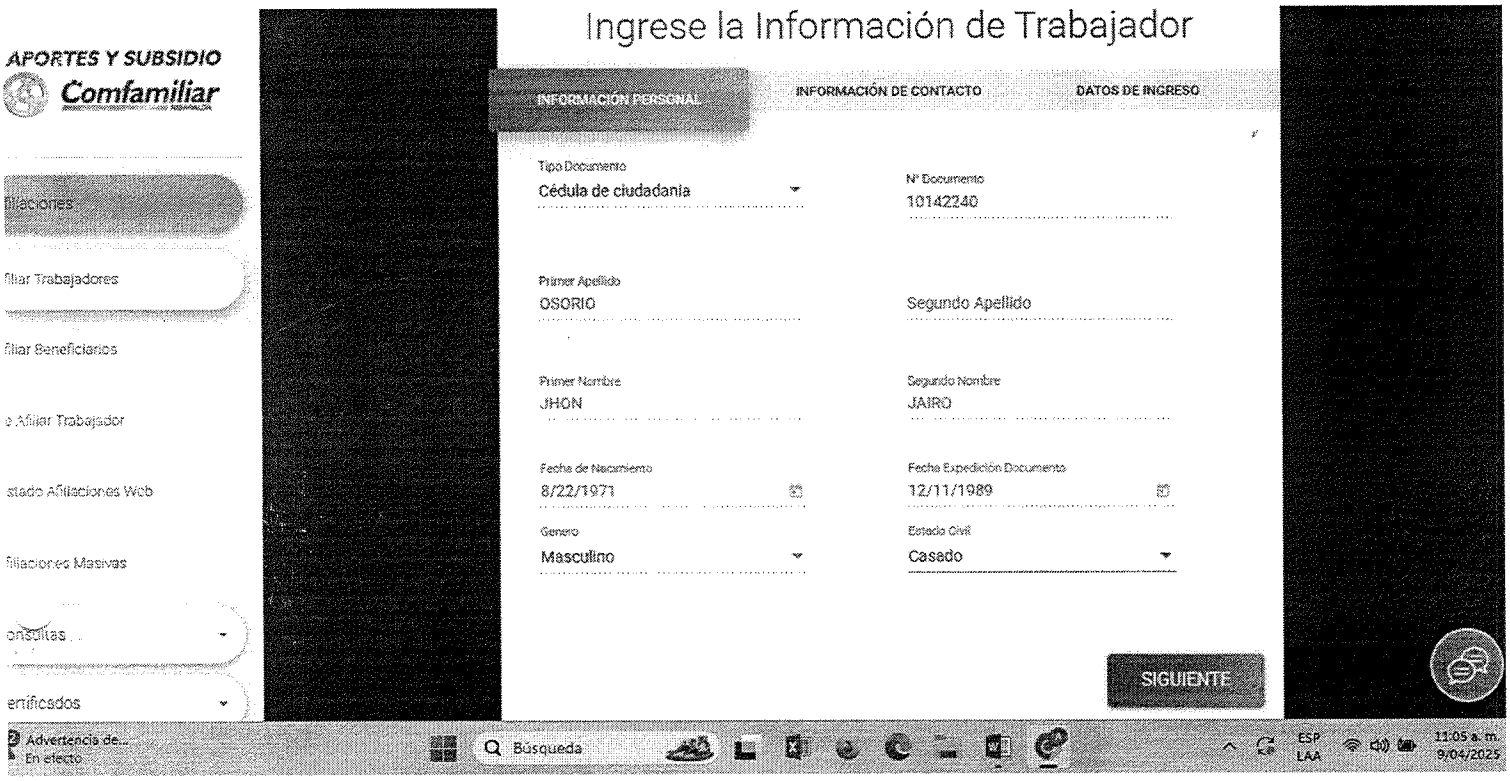
El(la) Señor(a) JHON JAIRO OSORIO identificado(a) con C.C No. 10.142.240, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

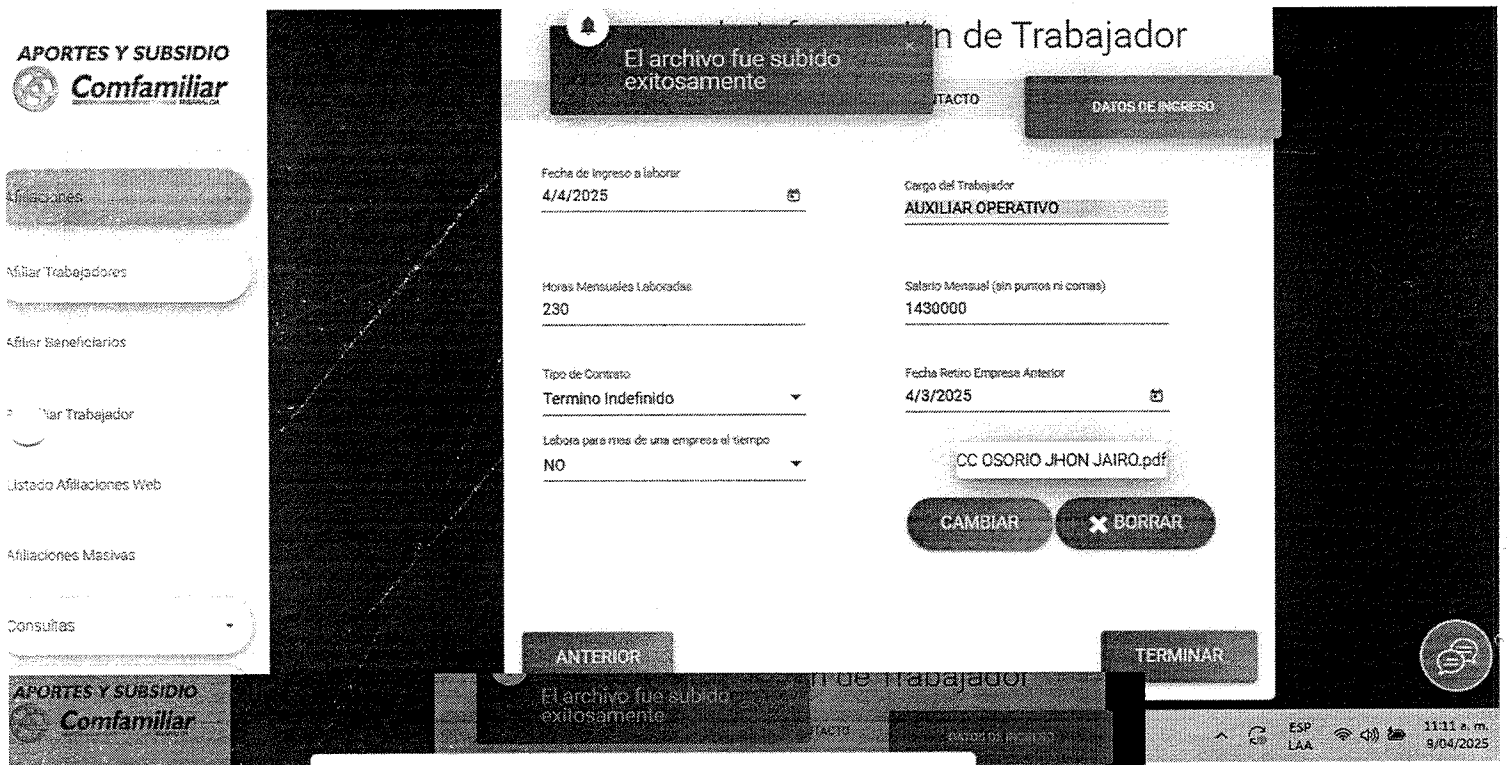
Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 02 de abril del 2025.

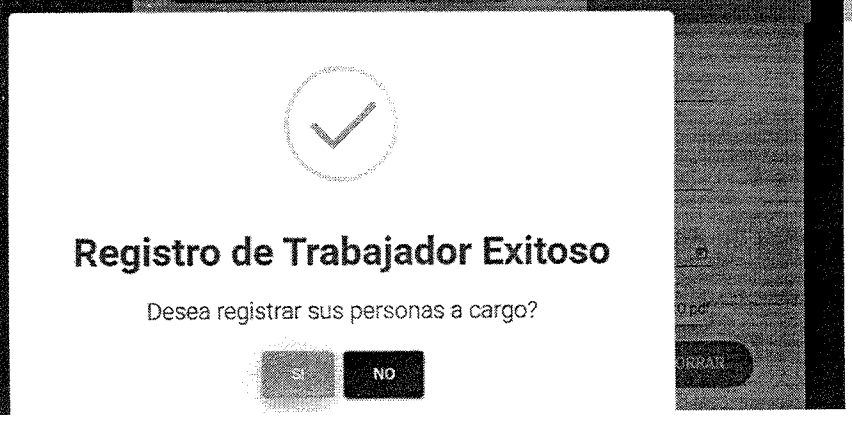
El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

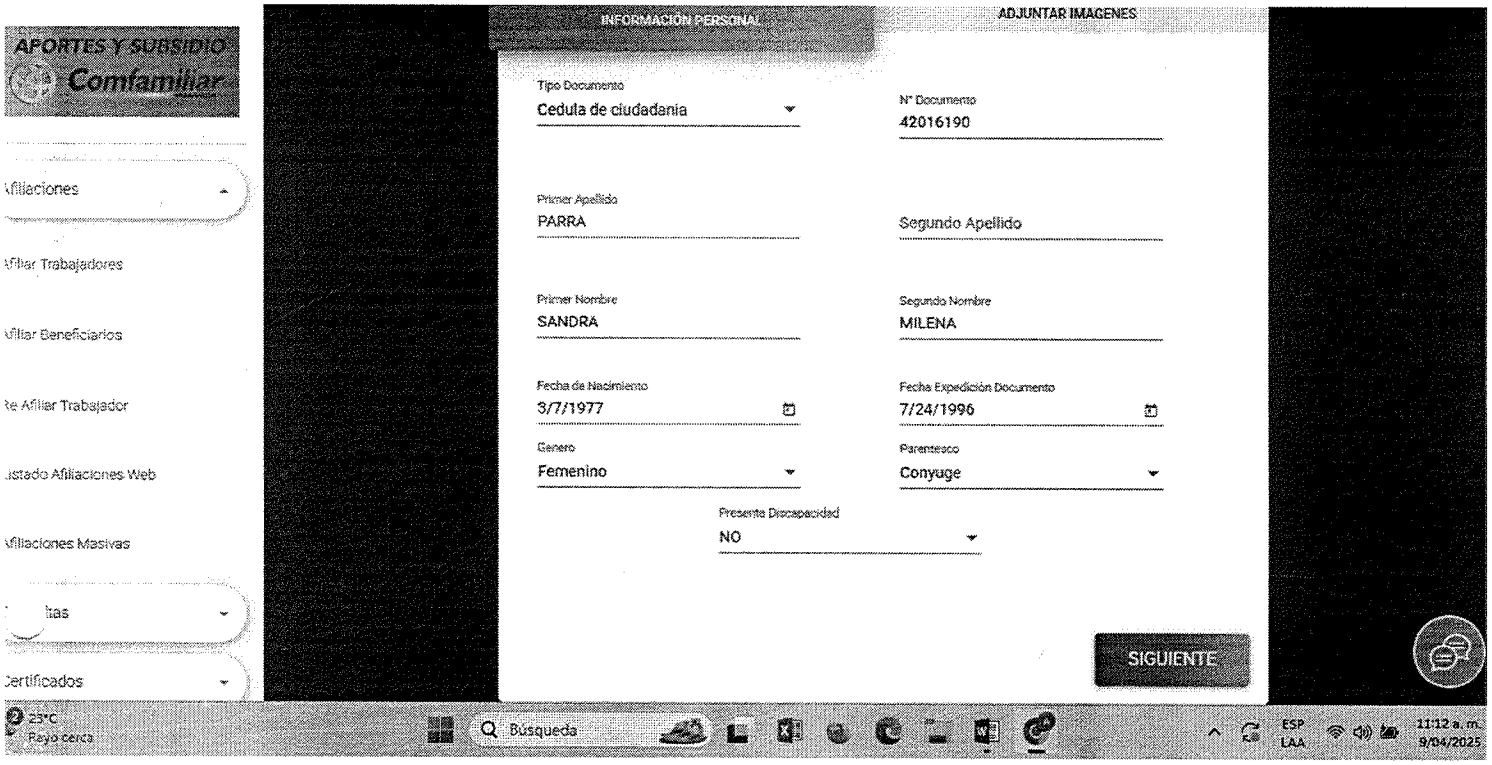
Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

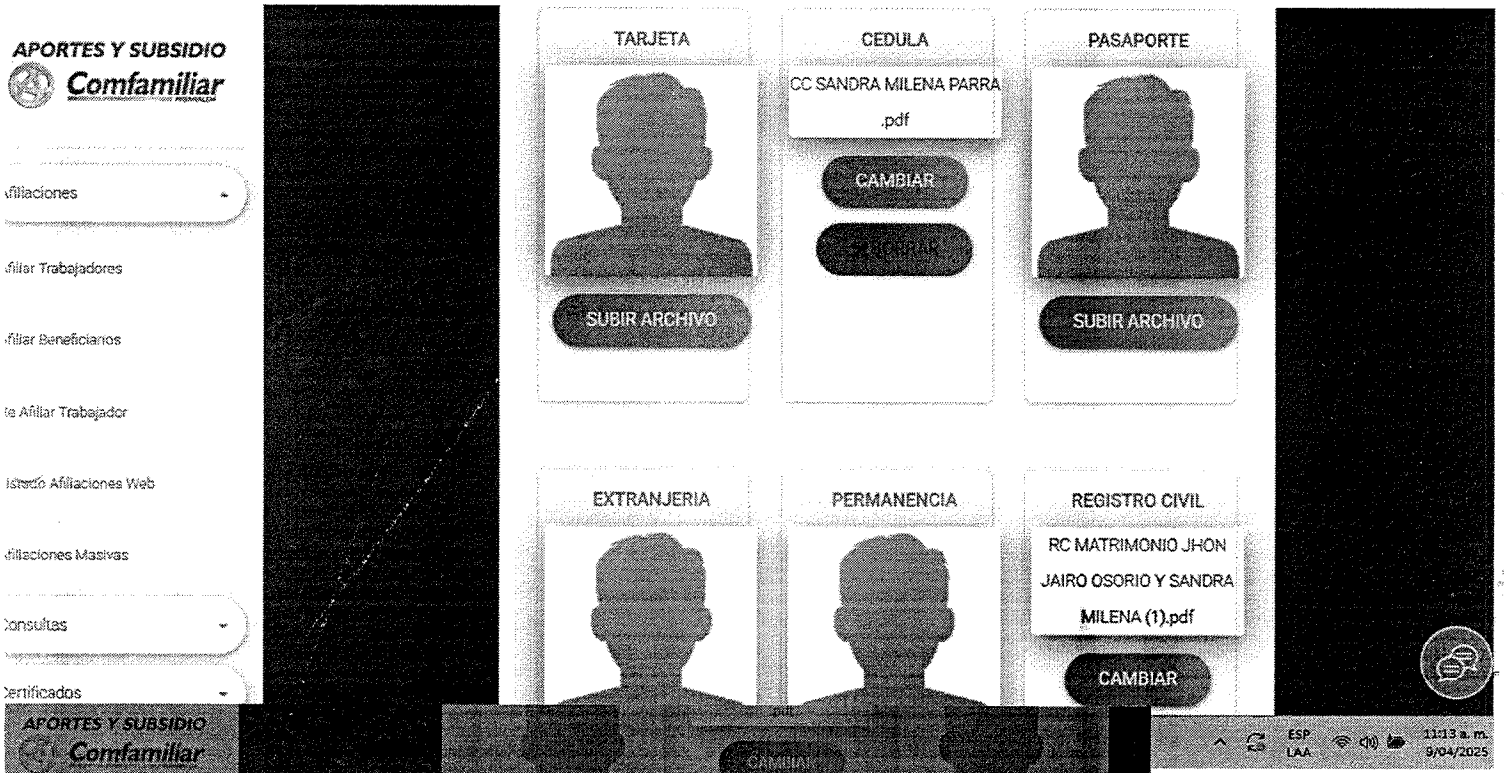
Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

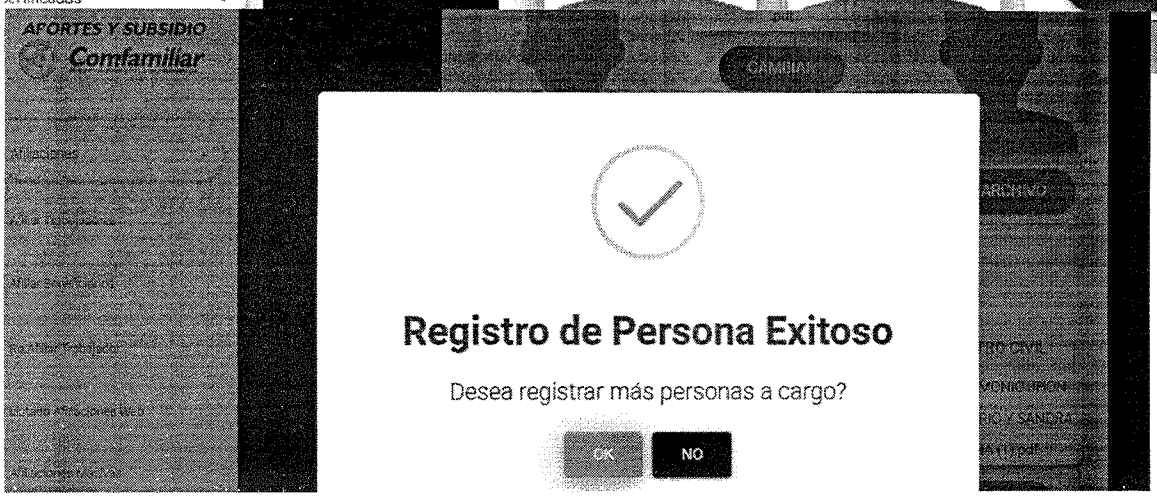

APORTES Y SUBSIDIO
Comfamiliar
Ingrese la Información de Trabajador
INFORMACIÓN PERSONAL
INFORMACIÓN DE CONTACTO
DATOS DE INGRESO
Tipo Documento
Cédula de ciudadanía
Nº Documento
10142240
Primer Apellido
OSORIO
Segundo Apellido
Primer Nombre
JHON
Segundo Nombre
JAIRO
Fecha de Nacimiento
8/22/1971
Fecha Expedición Documento
12/11/1989
Genero
Masculino
Estado Civil
Casado
SIGUIENTE
Búsqueda
ESP
LAA
11:05 a. m.
9/04/2025


APORTES Y SUBSIDIO
Comfamiliar
El archivo fue subido exitosamente
DATOS DE INGRESO
Fecha de Ingreso a laborar
4/4/2025
Cargo del Trabajador
AUXILIAR OPERATIVO
Horas Mensuales Laboradas
230
Salario Mensual (sin puntos ni comas)
1430000
Tipo de Contrato
Termino Indefinido
Fecha Retiro Empresa Anterior
4/3/2025
Labora para mas de una empresa el tiempo
NO
CC OSORIO JHON JAIRO.pdf
CAMBIAR
BORRAR
ANTERIOR
TERMINAR
ESP
LAA
11:11 a. m.
9/04/2025


Registro de Trabajador Exitoso
Desea registrar sus personas a cargo?
SI
NO


APORTES Y SUBSIDIO
Comfamiliar
INFORMACION PERSONAL
ADJUNTAR IMAGENES
Tipo Documento
Cedula de ciudadania
N° Documento
42016190
Primer Apellido
PARRA
Segundo Apellido
Primer Nombre
SANDRA
Segundo Nombre
MILENA
Fecha de Nacimiento
3/7/1977
Fecha Expedición Documento
7/24/1996
Genero
Femenino
Parentesco
Conyuge
Presenta Discapacidad
NO
SIGUIENTE
Búsqueda
ESP
LAA
11:12 a. m.
9/04/2025


APORTES Y SUBSIDIO
Comfamiliar
TARJETA
CEDULA
PASAPORTE
CC SANDRA MILENA PARRA
.pdf
CAMBIAR
BORRAR
SUBIR ARCHIVO
SUBIR ARCHIVO
EXTRANJERIA
PERMANENCIA
REGISTRO CIVIL
RC MATRIMONIO JHON
JAIRO OSORIO Y SANDRA
MILENA (1).pdf
CAMBIAR
ESP
LAA
11:13 a. m.
9/04/2025


APORTES Y SUBSIDIO
Comfamiliar
Registro de Persona Exitoso
Desea registrar más personas a cargo?
OK
NO

MISIÓN PLUS
SERVICIOS TEMPORALES

FORMATO RELACIÓN N UCLEO FAMILIAR PARA AFILIACION A EPS Y CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

La información aquí consignada es de carácter informativo y no garantiza la afiliación de sus beneficiarios, dicha afiliación se realizará de manera eficaz con la información entregada por usted como trabajador y los soportes de sus beneficiarios.

NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA NACIMIENTO			VIVE CON USTED		AFILIAR A EPS		AFILIAR A CAJA		PARENTESCO
		DIA	MES	AÑO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Sandra Milena Parra	48	07	03	1977	X		X		X		Esposa

Recuerde que solo puede afiliar su núcleo familiar primario

Declaro que en el momento de la contratación se me ha informado claramente, acerca de los requisitos y documentación necesaria para la afiliación de mi núcleo familiar en **EPS Y CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**, queda bajo mi entera responsabilidad la inclusión de mis beneficiarios para servicios de salud y beneficios de caja de compensación, hasta la entrega de los documentos o radicación directa en cada una de estas entidades.

	DOCUMENTOS A PRESENTAR	EPS	CAJA
HIJOS / HIJASTROS	Registro civil de nacimiento legible (para hijos de 0 a 6 años de edad)	SI	SI
	Tarjeta de identidad y Registro civil de nacimiento legible (para hijos de 7 a 11 años de edad)	SI	SI
	Tarjeta de identidad, Registro civil de nacimiento y Certificado de Estudio Actualizado (para hijos de 12 hasta 18 años de edad.)	SI	SI
	Certificado de Discapacidad emitido por ministerio de salud o certificado médico EPS donde conste la discapacidad física, registro civil de nacimiento, tarjeta de identidad ò cedula para hijos mayores de 18 años (nota: para hijos con discapacidad no tienen límite de edad en caja de compensación y reciben doble subsidio.)	SI	SI
	Custodia legalmente por entidad competente ICBF, comisaria de familia, juzgado de familia etc., dada a la madre o padre biológico aportante cónyuge o trabajador (solo para adopción e hijastros).	NO	SI
CONYUGUE COMPAÑERO	Copia cedula legible de ciudadanía del cónyuge 150% (para casados y en unión libre)	SI	SI
	Registro civil de Matrimonio legible, no es válido el acta parroquial (para casados)	SI	SI
	Carta de declaración juramentada de convivencia o acta de conciliación declaración extra juicio firmada por los dos y autenticado por notaria. (para unión libre)	SI	SI
	Formulario diligenciado declaración juramentada de Comfamiliar Risaralda. (para unión libre)	NO	SI
PADRES	Registro civil de nacimiento legible del trabajador legible para confirmar parentesco (para padres)	SI	SI
	Copia de cedula legible de padres al 150% (para padres)	SI	SI
	Certificado de afiliación de EPS como beneficiario en la misma EPS del trabajador ò si son régimen subsidiado, no es válido el ADRES. (para padres)	NO	SI

Firma: Jhon Jairo Osorio

Nombre: Jhon Jairo Osorio

Cedula: 10142240

Estado Civil: casado

¿Usted tiene hijos? Marque con x SI X **NO** ___

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **42.016.190**

PARRA

APELLIDOS

SANDRA MILENA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-MAR-1977**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

24-JUL-1996 DOSQUEBRADAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2402500-00280845-F-0042016190-20110214 **0025**783398A 1 4900930314

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE MATRIMONIO

Indicativo Serial 5752627

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Clase de Oficina: Registraduría [ ] Notaría [X] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Insp. de Policía [ ] Código [ ] [ ] [M] [X] [V]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

NOTARIA 3 PEREIRA - COLOMBIA - RISARALDA - PEREIRA

Datos del matrimonio

Lugar de celebración País - Departamento - Municipio

COLOMBIA RISARALDA PEREIRA

Fecha de celebración										Clase de matrimonio					
Año	2	0	0	3	Mes	D	I	C	Día	2	0	Civil		Religioso	X

Documento que acredita el matrimonio

Tipo de documento				Número	Notaría, juzgado, parroquia, otra
Acta religiosa	X	Escritura de protocolización		L1 F193	P DIVINO MAESTRO

Datos del contrayente

Apellidos y nombres completos

OSORIO JHON JAIRO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 10.142.240

Datos de la contrayente

Apellidos y nombres completos

PARRA SANDRA MILENA

Documento de identificación (Clase y número)

CC 42.016.190

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

PARRA SANDRA MILENA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 42.016.190	Sandra Milena Parra

Fecha de inscripción										Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año	2	0	1	1	Mes	M	A	R	Día	0 3	JORGE ELIECER SABAS BE

NOTARIA TERCERA JORGE ELIECER SABAS B. Notario PEREIRA - RISARALDA

CAPITULACIONES MATRIMONIALES

Lugar otorgamiento de la escritura	No. Notaría	No. Escritura	Fecha de otorgamiento de la escritura					
			Año		Mes		Día	

HIJOS LEGITIMADOS POR EL MATRIMONIO

Nombres y apellidos completos	Identificación (Clase y Número)	Indicativo serial de nacimiento
OSORIO PARRA MARIA CAMILA	RC 1193463928	00:0353371
OSORIO PARRA JHON MICHAEL	RC 97011514700 26	16008.

PROVIDENCIAS

Tipo de providencia	No. sentencia o resolución	Notaría o Juzgado	Lugar y fecha	Firma funcionario

03.MAR.2011 - TIPO DE DOCUMENTO ANTECEDENTE - ACTA RELIGIOSA Y CERTIFICACION DE COMPETENCIA.
Enmendado OSORIO PARRA JHON MICHAEL RC 97011514700 2611600 .
SI VALE FECHA UT SUPRA.

NOTARIA TERCERA JORGE ELIECER SABAS B. Notario PEREIRA - RISARALDA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

EL NOTARIO TERCERO DE PEREIRA
CERTIFICA:

Que la presente partida es fiel copia tomada del libro de MATRIMONIOS que se lleva en esta notaría y que el suscrito ha tenido a la vista. VÁLIDO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES Y VIGENCIA PERMANENTE. Pereira,

03 MAR 2011

NOTARIO TERCERO

NOTARIA TERCERA
PEREIRA - RISARALDA

DOY FE QUE EL ORIGINAL DE ESTA FOTOCOPIA ESTA PROTOCOLIZADO CON LA ESCRITURA NUMERO 0606 DE 7/3 DE 2011 DE ESTA NOTARIA.

FECHA 8 MAR 2011

Notario

NOTARIA TERCERA
ELIECER SABAS B
Notario
PEREIRA - RIS

Powered by CamScanner

SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S.
NIT : 900827895-1 - SEDE PRINCIPAL
LSST No. 463-15, Habilitación No. 6600102626

Calle 23 # 6-17, Pereira - Risaralda
Teléfono : 315 4973648
info@sysseguridadysaludeneltrabajo.com
www.sysseguridadysaludeneltrabajo.com

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Fecha Emisión	Realizado en		Tipo Evaluación - Énfasis		Orden Servicio No.
2025-04-02	PEREIRA (Risaralda)		Pre-Ingreso, Osteomuscular		**1324483**
Nombres y Apellidos			Identificación		Sexo
JHON JAIRO OSORIO			CC 10142240		Masculino
Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1971-08-22	53 años	O+	46 kilogramos	158 centimetros	18.43
Dirección Residencia				Teléfonos	
MZ 25 CS 14 SAMARIA 2				3004690494	
Cargo a desempeñar		Empresa		Empresa Usuaria	
AUXILIAR OPERATIVO/A		NIT 900879619-6 MISION PLUS S.A.S		SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCACION	

(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario



Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2025-04-02. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Exámenes complementarios no realizados.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Pre-Ingreso: Condiciones de salud que no interfieren con la capacidad laboral del trabajador ni con los requerimientos del perfil del cargo.
Osteomuscular: Con patología(s) osteomuscular(es) que no interfiere(n) con su capacidad laboral ni con los requerimientos del perfil del cargo.

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según profesiograma de la empresa.
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.
- Capacitación en higiene postural.
- Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.
- Entregar al trabajador las recomendaciones médicas generadas a partir de la evaluación ocupacional realizada.
- Se recomienda incluir al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Biomecánico.

Se anexan Recomendaciones Médicas para el trabajador.

Firma Especialista
EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA
Registro No.: 1324
LSST.: LPSST 0005-21

Firma del Usuario
JHON JAIRO OSORIO
CC.: 10142240

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/06d2m7r3-n241-cgp4-r4al-4b79xlk5ylew
Fecha Impresión: 2025-04-03 07:51:09 493497

RECOMENDACIONES MÉDICAS PARA EL USUARIO

Fecha Emisión	Realizado en		Tipo Evaluación - Énfasis		Orden Servicio No.
2025-04-02	PEREIRA (Risaralda)		Pre-Ingreso, Osteomuscular		**1324483**
Nombres y Apellidos			Identificación		Sexo
JHON JAIRO OSORIO			CC 10142240		Masculino
Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Indice Masa Corporal
1971-08-22	53 años	O+	46 kilogramos	158 centimetros	18.43
EPS		ARL		AFP	
SOS		- No Tiene -		Colfondos	
Cargo a desempeñar		Empresa		Empresa Usuaria	
AUXILIAR OPERATIVO/A		NIT 900879619-6 MISION PLUS S.A.S		SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCACION	

(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario



Como resultado de la Evaluación Médica Ocupacional, realizada el día 2025-04-02, el médico especialista EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA generó las siguientes recomendaciones médicas:

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

- Beber al menos 8 vasos de agua al día.
- Incorporar a la dieta diaria, alimentos de todos los grupos.
- Realizar ejercicio, mínimo 3 veces a la semana.
- Procurar una adecuada higiene del sueño.

RECOMENDACIONES LABORALES PARA EL USUARIO

- Reportar oportunamente todo incidente o accidente relacionado con el trabajo.
- Cumplir con las normas de Seguridad y Salud en el trabajo establecidas por la empresa.
- Utilizar los EPI (Elementos de Protección Individual) otorgados por la empresa.
- Higiente Postural.
- Participar en el programa de pausas activas definido por la empresa.

La empresa **MISION PLUS S.A.S** hace entrega de las recomendaciones médicas antes mencionadas y agradece el cumplimiento de las mismas para lograr el cuidado integral de su salud.

Si el médico tratante le entregó alguna remisión a especialista, por favor, gestione la cita con su EPS. La empresa realizará seguimiento a este proceso cuando aplique, de acuerdo con lo definido en el SG-SST (Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo).

Emitido por	Entregado por	Recibido por
EUGENIO OCAMPO PIEDRAHITA	**MISION PLUS S.A.S**	**JHON JAIRO OSORIO**
Registro No.: 1324		CC.: 10142240
LSST: LPSST 0005-21		Fecha de recibido: