CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 31 de julio de 2026, a las 12:55:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1087046573
Código de Verificación	1087046573260731125557

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 300439009

P:B
13:03:11
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 31 de julio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JUAN GABRIEL ZAMBRANO RUALES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1087046573:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:17:07 PM horas del 31/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1087046573**

Apellidos y Nombres: **ZAMBRANO RUALES JUAN GABRIEL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 31/07/2026 01:23:24 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1087046573** y Nombre: **JUAN GABRIEL ZAMBRANO RUALES.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **144955642** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:07:57 horas del 27/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1087046573,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **IMDERTY**, con NIT **805003325-2** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1087046573 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 31/07/2026 02:20 PM

Código Verificación: **M2H1FGN6C4**

Válida hasta: **29/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

La República de Colombia
y en su nombre

La Institución Educativa

"Alfonso López Pumarejo"

Creada por Resolución No. 1697 del 3 de Septiembre de 2002 y
Autorizada por la Secretaría de Educación Municipal de Santiago
de Cali, según la Resolución No. 137 del 19 de Enero de 2005

Confiere a

Juan Gabriel Zambrano Ruales

Identificado(a) con C.C. No. 1.087.046.573 de Tumaco (N)

el Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Plan de estudios Bachillerato por Ciclos, Jornada Nocturna (Dcto 3011 de 1997) según los planes y programas vigentes y el P.E.I.

Rectora

IEALP
INSTITUCIÓN EDUCATIVA
ALFONSO LÓPEZ PUMAREJO

Secretario

Expedido en Santiago de Cali, a 10 de Octubre de 2009

Anotado al Folio No. 009-58 del Libro No. 01 Control Interno

Powered by CamScanner

La República de Colombia

La Secretaria de Educación Municipal de Yumbo - Valle del Cauca
y en su nombre

Corporación
Comunitaria de
Capacitación
Los Yumbos

Licencia de Funcionamiento Res. Nº 943 de 2018 S.E.M.- Yumbo –Valle
Personería Jurídica Nº 001303 de 1986
Nit. 800.034.577-6

Confiere a:

ZAMBRANO RUALES JUAN GABRIEL

C.C. 1087 046 573 expedida en Linares (N).

El Certificado de Técnico Laboral por Competencias en

LOCUCIÓN Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Intensidad 624 Horas

Por haber alcanzado las Normas de Competencia y Planes de Estudio Contenidos en el P.E.I.,de acuerdo a la Ley 115 de 1994, Decreto Único Reglamentario 1075 de 2015, Ley 1978 de 2019, Ley 1341 de 2009, Decreto 2387 de 1983, Ley 1016 de 2006 y demás normas vigentes.

Corporación Comunitaria de Capacitación Los Yumbos
Personería Jurídica No. 001303 de 1986
NIT 800.034.577-6
Yumbo Valle

Directora General

Corporación Comunitaria de Capacitación Los Yumbos
Personería Jurídica No. 001303 de 1986
NIT 800.034.577-6
Yumbo Valle

Secretario General

...mbo, en las instalaciones de La Corporación Comunitaria de Capacitación "Los Yumbos" a los veintiséis (26) días del mes de mayo de dos mil diecinueve (2019).

Dirección: Cra. 6 Nte. No. 8AN – 29 B/ Heras - cel: 3022505378 -3244154864 Email: ccc-losyumbos@hotmail.es

Corporación Comunitaria de Capacitación Los Yumbos

Licencia de Funcionamiento Res. Nº 943 de 2018 S.E.M.- Yumbo -Valle
Personería Jurídica No. 001303 de agosto 28/86
Nit. No. 800.034.577-6

LA SUSCRITA DIRECTORA DE LA CORPORACION COMUNITARIA DE CAPACITACION LOS YUMBOS "CCC LOS YUMBOS"

HACE CONSTAR QUE:

ZAMBRANO RUALES JUAN GABRIEL, identificado(a) con el documento de identidad Nº 1087 046 573 expedida en Linares (N)., curso y aprobó el tercer (3) semestre del Programa **Técnico Laboral en Auxiliar de LOCUCIÓN Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN**, en jornada sabatina, presentando las siguientes calificaciones.

CONSOLIDADOS DE NOTAS

	PROMEDIO		
ASIGNATURA	ESTADO	INASISTENCIAS	NOTA
Matemáticas	APROBADO		4.4
Ética Y Valores	APROBADO		4.5
Cátedra Institucional	APROBADO		4.3
Derecho Laboral y Legislación en locución y comunicación	APROBADO	1	4.4
Informática	APROBADO		4.6
Técnica Vocal y Expresión	APROBADO		4.3
Interpretación y lectura	APROBADO		4.2
Dicción y modulación	APROBADO		4.3
Foniatría y respiración	APROBADO		4.4
Locución Comercial	APROBADO		4.6
Lectura de Noticias	APROBADO		4.3
Locución Deportiva	APROBADO		4.5
Doblaje y Animación	APROBADO		4.3
Producción y Medios	APROBADO		4.2
Manejo de consolas	APROBADO		4.4
Presentación en TV	APROBADO		4.2
Radio y Medios Digitales	APROBADO		4.6
Trabajo de grado	APROBADO		4.6

Nota minima para aprobar es de 3.0 (tres puntos cero).
Nota minima para habilitar es de 2.9 (dos puntos nueve).

Dado en Yumbo Valle, a los veintiséis (26) días del mes mayo de 2019.

Corporación Comunitaria de Capacitación Los Yumbos
Personería Jurídica No. 001303 de 28/86
Nit. 800.034.577-6

DIRECTORA GENERAL

Corporación
Comunitaria de
Capacitación
Los Yumbos

Licencia de Funcionamiento Res. N° 943 de 2018 S.E.M.- Yumbo -Valle
Personería Jurídica No. 001303 de agosto 28/86
Nit. No. 800.034.577-6

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACIÓN TECNICO

En el municipio de Yumbo - Valle a los veintiséis (26) días del mes mayo del año dos mil diecinueve (2019), se reunieron con el fin de formalizar la Certificación Técnica Laboral por Competencias del estudiante **ZAMBRANO RUALES JUAN GABRIEL,** identificado con documento de identidad No. 1 087 046 573 expedida en Linares (N), la suscrita directora y secretaric general de nuestra **Corporación Comunitaria de Capacitación los Yumbos** con reconocimiento oficial No. 943 de 2018 expedida por la Secretaria De Educación Municipal, Por medio de su representante legal otorga la certificación a los **EDUCANDOS** por haber aprobado los planes y normas vigentes del **PROGRAMA TÉCNICO LOCUCIÓN Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN.**

RESUELVE.

1. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los educandos que aprobaron los planes y normas vigentes del **Programa Técnico Laboral en LOCUCIÓN Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN.**
2. Que los educandos identificados con cédula de ciudadanía o tarjeta de identidad, asistieron cumplidamente al **Programa Técnico Laboral en LOCUCIÓN Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN,** con una intensidad horaria de 624 horas de Teóricas-Práctica.
3. Que la presente resolución inicia con la certificación del educando **ALZATE RODRIGUEZ MADA GIOVANNA** y termina con el nombre del educando **YULE VALLEJO MAYRA ALEJANDRA.**
4. Que la **CORPORACIÓN COMUNITARIA DE CAPACITACIÓN LOS YUMBOS,** por medio de su representante legal procede a otorgar certificación en **LOCUCIÓN Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN A:**

ZAMBRANO RUALES JUAN GABRIEL

C.C. 1 087 046 573 expedida en Linares (N).

Dado en Yumbo Valle, a los veintiséis (26) días del mes mayo de 2019.

Corporación Comunitaria de Capacitación Los Yumbos
Personería Jurídica No. 001303 de 2886
Yumbo Valle
Directora General

Corporación Comunitaria de Capacitación Los Yumbos
Personería Jurídica No. 001303 de 2886
Nit. 800.034.577-6
Yumbo Valle
Secretario

FORMACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO EN ARTES Y OFICIOS CRA. 6
Nte. No. 8AN – 29 B/Lleras Cel. 3022505378
E – mail: ccc-losyumbos@hotmail.es
Yumbo-Valle- Colombia

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN GABRIEL ZAMBRANO RUALES con identificación No. 1.087.046.573 se encuentra afiliado(a) a Pension Obligatoria desde el día 01 de junio del 2013 y sus recursos están en el FONDO MAYOR RIESGO desde el día 05 de marzo del 2019.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 03 de agosto del 2026.

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.

C&R

Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SOS Servicio Occidental de Salud

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	27 08 2026 (DD/MM/AAAA)

I. Datos del tramite

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

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	

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: Zambrano	Segundo Apellido: Robles	Primer Nombre: Juan	Segundo Nombre: Gabriel

9. Tipo de Documento de Identidad	10. N° de Documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	1087046573	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento					15. Fecha de nacimiento
Colombiano	País: Colombia	Departamento: Valle.	Municipio:			15/06/1987 (DD/MM/AAAA)

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de Población Especial
		Si ☐ No ☒ Categoría de la discapacidad:	Si ☐ No ☒	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensión	24. Ingreso Base de Cotización-IBC	25. Tarifa contribución solidaria
Colpatria.	Colfondos	1750905.	

26. Residencia				
Dirección: CL 41 #3N-92.	Teléfono Fijo	Teléfono Celular: 3117057191.	Correo Electrónico: rodox.10@hotmail.com	
Departamento: Valle	Municipio/Distrito: Cali	Localidad/Comuna: popular	Zona: Cabecera municipal ☐ 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	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál		País	Departamento	Municipio	DD/MM/AAAA

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															DD / MM / AAAA
B2															DD / MM / AAAA
B3															DD / MM / AAAA
B4															DD / MM / AAAA
B5															DD / MM / AAAA

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 (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro poblado	Rural disperso	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 (a registrar por la EPS)
C	Ese Red de salud Norte.	92518
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 (A Registrar por la EPS)

59. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Departamento	Municipio/Distrito

SOS Servicio Occidental de Salud	ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS	Código FT-GEC-AF-010 Versión: 1 Fecha de actualización:

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

Inicio vigencia del afiliado	27-03-2016	Código Asesor	1288	Sucursal	01	Ciudad/Municipio	Yumbo

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 X

Correo Electrónico: radiox.10@hotmail.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?	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

Los datos personales recopilados a través de este formulario serán utilizados en cumplimiento a la Ley Estatutaria 1751 del 2015, en consecuencia, la utilización de estos datos se limita exclusivamente a la prestación del servicio de salud y a las actividades derivadas de este servicio. Esto incluye el envío de comunicaciones por cualquier medio físico, comunicación convencional, otros medios de mensajería instantánea, bots y la incorporación de tecnologías emergentes que permitan mejorar la comunicación para la protección de sus derechos del afiliado y su grupo familiar. Adicionalmente, los datos personales se utilizarán para el cumplimiento de nuestras obligaciones legales, tales como la entrega de información a organismos y entidades de control, el acceso a datos de otros actores del SGSSS para la prestación de servicios de salud, el cumplimiento de deberes normativos vigentes y la actualización de datos relacionados con los servicios proporcionados por los proveedores de salud. También se utilizarán para llevar a cabo actividades de promoción y prevención, vacunación y otras acciones derivadas de nuestras responsabilidades en el Sistema de Salud, conforme a la normativa aplicable. Para lo anterior, la organización podrá emplear tecnologías emergentes para optimizar el procesamiento y análisis de los datos, sin que esto implique la generación de decisiones automatizadas.

Al marcar la casilla de aceptación, usted autoriza el uso de sus datos personales para: Realizar comunicaciones con fines comerciales, de mercadeo, ventas y mejora de la experiencia del usuario, a través de diversos medios físicos, virtuales y/o telefónicos, como correo electrónico, mensajes de texto (SMS/MMS), mensajes de voz, WhatsApp, redes sociales y otros canales que resulten útiles para promocionar productos o servicios de la EPS, así como los de sus aliados comerciales y estratégicos; Transmitir datos a nivel nacional o internacional a terceros, de acuerdo con la normatividad vigente y para las finalidades previamente autorizadas; Llevar a cabo investigaciones de mercado, analizar el perfil comercial o transaccional de los titulares de los datos, realizar telemercadeo, elaborar encuestas de satisfacción y llevar a cabo entrevistas de opinión; Compartir información personal no sensible con aliados comerciales o estratégicos mediante transferencias, para que estos puedan utilizarla para las mismas finalidades autorizadas en esta Política; Realizar estudios técnicos, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias de mercado y cualquier otro estudio relacionado con el sector o la prestación de servicios; Crear bases de datos de acuerdo con las características y perfiles de las personas, conforme a lo establecido en la ley; Utilizar los datos para mejorar la implementación de procesos y la prestación de servicios o productos adquiridos u ofrecidos; Realizar procesos de análisis de datos y big data con el fin de optimizar la prestación de servicios y alcanzar los objetivos estratégicos de la organización.

Si usted decide no marcar la casilla de aceptación, sus datos serán actualizados y utilizados únicamente para garantizar la prestación del servicio de salud y las actividades derivadas de este, incluida la operación del Programa de Equipos Básicos de Salud de conformidad con la Ley Estatutaria 1751 del 2015 y el Decreto 780 del 2016, con el fin de no afectar o impedir el ejercicio de su derecho a la salud. Para conocer nuestra Política de Tratamiento de Datos Personales y cómo ejercer sus derechos de acceso, rectificación, actualización y supresión, visite www.sos.com.co.

SI [X] NO [ ]

Firma del Cotizante : [signature]

C.C. N° 1087046574

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°:**

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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. 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	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	DD / MM / AAAA	Código:	

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.
- ☒ **75.** 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

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
- ☐ 89. 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 Código del Municipio Código del Departamento	93. Nombre de la Institución
☐ ☐	

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: Codigo asesor 1288 Fonus Tenes 27/08/2026

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