



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicado		Fecha de Radicado	
01.06.2025		01.06.2025	
I. Datos del trámite			
1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedad <input checked="" type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o Afiliado Adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	
3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>		4. Contribución Solidaria Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		6. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	
7. Código (a registrar por la EPS)			
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)			
8. Apellidos y Nombres Primer Nombre: ROSA, Segundo Nombre: GARCIA, Tercer Nombre: OLIVERA			
9. Tipo de Documento de Identidad CC		10. N° de Documento de Identidad 29117654	
11. Sexo biológico Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		12. Sexo Identificación F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
13. Nacionalidad COL		14. Lugar de nacimiento País: COLOMBIA, Departamento: VAL, Municipio: SIVILLA	
15. Fecha de nacimiento 29.08.1978			
III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
16. Etnia			
17. Comunidad			
18. Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Categoría de la discapacidad:			
19. Tiene encuesta SISBEN Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Nivel:			
20. Clasificación SISBEN Grupo:			
21. Grupo de Población Especial			
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL POSITIVA			
23. Administradora de Pensión COPIENSIOMER			
24. Ingreso Base de Cotización-IBC 1423500			
25. Tarifa contribución solidaria			
26. Residencia Calle #101-601, Teléfono Fijo: 17005163059, Correo Electrónico: [blank]			
27. Zona Cabecera municipal <input checked="" type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Rural disperso <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/>			
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR			
28. Tipo de Documento de Identidad			
29. N° de Documento de Identidad			
30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>			
31. Sexo Identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
32. Nacionalidad			
33. Lugar de nacimiento País: [blank], Departamento: [blank], Municipio: [blank]			
34. Fecha de nacimiento			
Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales			
35. 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			
36. Tipo Documento, 37. N° documento de Identidad, 38. Nacionalidad, 39. Sexo biológico, 40. Sexo Identificación, 41. Lugar de nacimiento, 42. Fecha de Nacimiento			
B1. [blank], B2. [blank], B3. [blank], B4. [blank], B5. [blank]			
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			
B1. [blank], B2. [blank], B3. [blank], B4. [blank], B5. [blank]			
51. Datos de Residencia Departamento, Municipio / Distrito, Zona (Cabecera Municipal, Centro poblado, Rural disperso, Resto rural), Teléfono fijo y/o celular, 52. Valor de la UPC del afiliado adicional			
B1. [blank], B2. [blank], B3. [blank], B4. [blank], B5. [blank]			
Dirección, Localidad / Comuna, Correo electrónico			
B1. [blank], B2. [blank], B3. [blank], B4. [blank], B5. [blank]			
53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C, VIVA LA IPS COLOMBIANA, 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) 94610			
B1. [blank], B2. [blank], B3. [blank], B4. [blank], B5. [blank]			
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)			
B1. [blank], B2. [blank], B3. [blank], B4. [blank], B5. [blank]			
59. Ubicación Dirección, Teléfono, Correo Electrónico, Departamento, Municipio/Distrito			
B1. [blank], B2. [blank], B3. [blank], B4. [blank], B5. [blank]			

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad. <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. <input type="checkbox"/> 10. Terminación de relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando. <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país		<input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. Traslado: A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16. Reporte de Fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia <input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante. <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de pre-pensionado. <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de pensionado. <input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria. <input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria	
--	--	---	--

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN 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 Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	63. Sexo Identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad DD / MM / AAAA	67. Motivo de traslado Código: <input type="text"/>	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

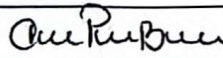
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales <input checked="" type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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. <input checked="" type="checkbox"/> 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. <input checked="" type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. <input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisben 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
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

<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad: cantidad de documento de identidad anexos <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PT
<input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/>

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

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio <input type="text"/> Código del Departamento <input type="text"/>	93. Nombre de la Institución <input type="text"/>
--	---

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

94. Apellidos y nombres Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido <input type="text"/> Primer Nombre <input type="text"/> Segundo Nombre <input type="text"/>
Tipo de Documento de Identidad <input type="text"/> Número de Documento de Identidad <input type="text"/>
95. Firma del funcionario <input type="text"/>
96. Fecha de radicación <input type="text"/> DD / MM / AAAA
97. Fecha de validación <input type="text"/> DD / MM / AAAA

OBSERVACIONES:

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	01	10	06	20	25	Código Asesor	2536							
				Sucursal	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							
		D	D	M	M	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			Correo 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?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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.com.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°

Quique Bae
27.117.654

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°: