

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. Datos del trámite

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de 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. Contribución Solidaria Si ☐ No ☒
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	6. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	7. Código (a registrar por la EPS)	

A. AFILIACION

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

8. Apellidos y Nombres Devaldo Espinal Yeny Patricia	9. Tipo de Documento de Identidad CC	10. N° de Documento de Identidad 66903653	11. Sexo biológico Femenino ☒ Masculino ☐	12. Sexo Identificación F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	13. Nacionalidad Colombiana	14. Lugar de nacimiento País Colombia Departamento Valle Municipio Cali	15. Fecha de nacimiento 09/08/1974
---	---	--	---	---	--------------------------------	--	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad Si ☐ No ☒ Categoría de la discapacidad:	19. Tiene encuesta SISBEN Si ☐ No ☒	20. Clasificación SISBEN Nivel: Grupo:	21. Grupo de Población Especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensión Cajapensiones	24. Ingreso Base de Cotización-IBC 1423.500	25. Tarifa contribución solidaria	26. Residencia Cra 46 #10-35 Valle Cali Departamental	27. Teléfono Fijo 313649205	28. Correo Electrónico yeny.pae@hotmail.com
-----------	---------------	---	---	---	---------------------------------	---	--	--	-----------------------------------	--	--------------------------------	--

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

27. Apellidos y Nombres Carrillo Perdomo Francisco Javier											
28. Tipo de Documento de Identidad CC	29. N° de Documento de Identidad 94399368	30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒	31. Sexo Identificación F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	32. Nacionalidad Colombiana	33. Lugar de nacimiento País Colombia Departamento Valle Municipio Cali	34. Fecha de nacimiento 07/06/1973					

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 Femenino Masculino	40. Sexo identificación F M T NB Otro Cuál	41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	42. Fecha de nacimiento DD / MM / AAAA					
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 Si No	48. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	49. Discapacidad Si No	50. Incapacidad permanente Si No
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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 (a registrar por la EPS)
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

C Comfandi Alameda	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) 0001
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			

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. | ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. |
| ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. | ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. |
| ☐ 3. Actualización del documento de identidad. | ☐ 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ |
| ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. | B. Régimen Subsidiado ☐ |
| ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐ | ☐ 15. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ |
| ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐ | B. Diferente Régimen ☐ |
| ☒ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | ☐ 16. Reporte de Fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia |
| ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante. |
| ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. | ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-pensionado. |
| ☐ 10. Terminación de relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando. | ☐ 19. Reporte de la calidad de pensionado. |
| ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país | ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria. |
| | ☐ 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 ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	64. Fecha de Nacimiento DD / MM / AAAA			
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

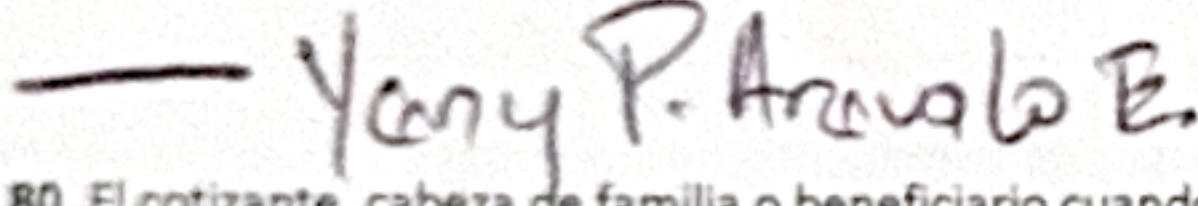
- ☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los 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: CN RC TI CC PA CE CD SC PT
cantidad de documento de identidad anexos ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- ☐ 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
<input type="text"/> <input type="text"/>	<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 Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre		
Tipo de Documento de Identidad	Número de Documento de Identidad	95. Firma del funcionario
96. Fecha de radicación DD / MM / AAAA	97. Fecha de validación DD / MM / AAAA	

OBSERVACIONES:

Radicado 17/06/2025 por 2450

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

Inicio vigencia del afiliado	1	7	0	6	2	0	2	5	Código Asesor	2450	Sucursal	001	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	A	Fecha de retiro a la EPS anterior	D	D	M	M	A	A	A	A
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---

Información de Beneficiarios y Adicionales[illegible]

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 X NO

Correo Electrónico: venypape@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?	☒	☐
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@sos.com.co o protección@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^o

izante Yony P. Arzulo E.
C.C. N° 66908653

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°: