



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicado		Fecha de Radicado	
		02-12-2023	
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 ☒ C. Beneficiario ☐		6. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	
7. Código (a registrar por la EPS)			
A. AFILIACION			
II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)			
8. Apellidos y Nombres Maza Trojillo Anderson Fabian			
9. Tipo de Documento de Identidad C.C		10. N° de Documento de Identidad 1143856455	
11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒		12. Sexo identificación F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	
13. Nacionalidad Colombiano		14. Lugar de nacimiento	
País colombia		Departamento valle	
Municipio cali		15. Fecha de nacimiento 24/08/1994	
III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos Personales			
16. Etnia		17. Comunidad	
18. Discapacidad Si ☐ No ☒ Categoría de la discapacidad:		21. Grupo de Población Especial	
19. Tiene encuesta SISBEN Si ☐ No ☐ Nivel:		20. Clasificación SISBEN Grupo:	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensión	
24. Ingreso Base de Cotización-IBC 1423500		25. Tarifa contribución solidaria	
26. Residencia Carretera 47F #4664		Teléfono Fijo 3053200564	
Zona Cabecera municipal ☒ Centro Poblado ☐ Rural disperso ☐ Resto rural ☐		27. Sexo identificación F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	
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	
28. Tipo de Documento de Identidad		29. N° de Documento de Identidad	
30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐		31. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	
32. Nacionalidad		33. Lugar de nacimiento	
País		Departamento	
Municipio		34. Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA	
Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales			
35. Apellidos y Nombres			
B1. Primer Apellido		Segundo Apellido	
B2. Primer Apellido		Segundo Apellido	
B3. Primer Apellido		Segundo Apellido	
B4. Primer Apellido		Segundo Apellido	
B5. Primer Apellido		Segundo Apellido	
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			
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 ☐ Categoría de discapacidad		50. Incapacidad permanente Si ☐ No ☐	
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)			
Dirección		Localidad / Comuna	
Correo electrónico			
53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C VIVA LA CARRETERA 80 cali		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) 94610	
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.
- ☐ 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 pérdida 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 Femenino ☐ Masculino ☐		63. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad 02-12-2025		67. Motivo de traslado Código:		64. Fecha de Nacimiento DD / MM / AAAA	
				68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

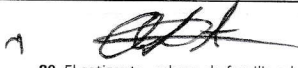
- ☒ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los 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	
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

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	
96. Fecha de radicación DD / MM / AAAA		95. Firma del funcionario	
		97. Fecha de validación DD / MM / AAAA	

OBSERVACIONES:

afiliacion como independiente
codigo 2684

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

 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	02122028	Código Asesor	2684	Sucursa	004	Ciudad/Municipio	cel
------------------------------	----------	---------------	------	---------	-----	------------------	-----

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: tymi4568@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

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 ☐ NO ☐

Firma del Cotizante: 

C.C. N° 1143856455

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°:

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MAZO TRUJILLO ANDERZON FABIAN** identificado(a) con **CC** número **1.143.856.455** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de abril de 2013 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 03 de diciembre de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>