# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SOS Servicio Occidental de Salud

| No. De Radicado | Fecha de Radicado |
|---|---|
| | 19-01-2026 |

**I. Datos del tramite**

| 1. Tipo de Trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | 4.Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| A. Afiliación ☐ | A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ | A. Contributivo ☒ | 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 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: Ramorro | Segundo Apellido: Ochoa | Primer Nombre: Johana | Segundo Nombre: Andrea |

| 9. Tipo de Documento de Identidad | 10. N° de Documento de Identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | 13. Nacionalidad | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| CC | 25.291.926 | Femenino ☒ Masculino ☐ | F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál ☐ | Colombiana | 20-06-1981 |

**14. Lugar de nacimiento**

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| Colombia | Cauca | Popayán |

**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 |
|---|---|---|---|
| | Protección. | 1.750.905 | |

**26. Residencia**

| Dirección | Teléfono Fijo | Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| Cra 3 BE # 16-27 | | 3146724309 | jach1627@hotmail.com |

| Departamento | Municipio | Localidad/Comuna | Zona |
|---|---|---|---|
| Cauca | Popayán | B/: Berlín | 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 | 34. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál ☐ | | DD/MM/AAAA |

**33. Lugar 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 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 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**

| | Departamento | Municipio / Distrito | Zona | | | | Teléfono fijo y/o celular | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Cabecera Municipal | Centro poblado | Rural disperso | Resto rural | | |
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

| | Dirección | Localidad /Comuna | Correo electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |

☐ 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
☐ 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

13 ENE 2026
SEDE POBLACIÓN

**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 biólogico 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 | 67. Motivo de traslado Código: | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|---|
| | 19-01-2026 | | |

**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**

| | |
|---|---|
| Yohana Andrea Chamorro C. 25291926. | |
| **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 DD / MM/ AAAA | 97. Fecha de validación DD / MM/ AAAA |
|---|---|
| | |

**OBSERVACIONES:** Codigo: 2344.
Cotizante 73, interno. de medicina.

Mauricio Elena Florez

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

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

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

| Inicio vigencia del afiliado | 1 9 0 1 2 0 2 6 | Código Asesor | 2344 | Sucursal | 11 | Ciudad/Municipio | Popayán |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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:_____

**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 [ ]

13 ENE 26

Firma del Cotizante : X Johana Andrea Chamorro C.

C.C. N° 1 25291926

**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.

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | JOHANA ANDREA CHAMORRO CADAVID |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-25291926 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2026-01-18 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2026-01-08 |
| FECHA DE PAGO: | 2025-12-19 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO COLPATRIA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2025-12 |
| PERÍODO SALUD: | 2025-12 |
| NÚMERO PLANILLA: | 8639399008 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8674578976 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS018 | 805001157 | SOS-EPS | 1 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 178.000 | $ 178.000 |
| 230201 | 800229739 | PROTECCION | 1 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 227.800 | $ 227.800 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 7.500 | $ 7.500 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 413.300 | $ 413.300 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 06/02/2026 |

1:07
◄ Claro PAY

4G 78

BANCO_DAVIVIENDA@davivienda.com Ahora
DAVIVIENDA
DAVIVIENDA: Apreciado(a) DANIELA ZAPATA: Le informamos que se ha registrado el siguiente m...



Claro PAY

# ¡Pago confirmado con éxito!

Tu transacción ha sido procesada satisfactoriamente.

puntored | Scotiabank. COLPATRIA

## Transaccion Exitosa

| | |
|---|---|
| Fecha | 2025-12-19 |
| Hora | 13:07:38 |
| ID transacción | 1304464126 |
| Trace | 28554237c8f9 |
| Número de autorización | 830013 |
| Comercio | 504681 |
| Terminal | 362162 |
| Usuario de Venta | 252228 |
| Operación | Recaudo |
| Convenio | PLANILLA ASOPAGOS |
| Cod. Convenio | 0407 |
| Referencia 1 | 8674578976 |
| Banco | COLPATRIA |
| Valor | $413,300 |
| Costo de transación | $0 |
| Total | $413,300 |

Responder Reenviar

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **CHAMORRO CADAVID JOHANA ANDREA** identificado(a) con **CC** número **25.291.926** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 2007 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 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 18 de enero de 2026.

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/**