



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicado		Fecha de Radicado	
		27/10/2016	
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 Hernandez, Duccuara, Oscar, Eduardo			
9. Tipo de Documento de Identidad CC		10. N° de Documento de Identidad 6625384	
11. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		12. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="text"/>	
13. Nacionalidad Colombiano		14. Lugar de nacimiento País: Colombia, Departamento: Valle, Municipio: Palmira	
15. Fecha de nacimiento 21/10/1981			
III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos Personales			
16. Etnia <input type="text"/>		17. Comunidad <input type="text"/>	
18. Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Categoría de la discapacidad: <input type="text"/>			
19. Tiene encuesta SISBEN Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Nivel: <input type="text"/>		20. Clasificación SISBEN Grupo: <input type="text"/>	
21. Grupo de Población Especial <input type="text"/>			
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones Colpensiones	
24. Ingreso Base de Cotización - IBC \$1.750.000		25. Tarifa contribución solidaria	
26. Residencia Calle: Calle la Heradrua, Casa 91A1, Teléfono fijo: 3175770542, Correo Electrónico: oscar.eduardo.hernandezduccuara@gmail.com			
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			
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 Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		31. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="text"/>	
32. Nacionalidad		33. Lugar de nacimiento País, Departamento, Municipio	
34. Fecha de nacimiento			
Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales			
35. Apellidos y Nombres			
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			
B1, B2, B3, B4, B5			
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, 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			
53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS, 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)			
C, 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 Oscar Hernandez		56. Tipo de Documento de Identidad CC	
57. Número de identificación 6625384		58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones (A Registrar por la EPS)	
59. Ubicación Calle: Calle la Heradrua, Teléfono fijo: 3175770542, Correo Electrónico: oscar.eduardo.hernandezduccuara@gmail.com		60. Zona Cabecera municipal <input checked="" type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Rural disperso <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/>	

B. REPORTE DE NOVEDADES			
60. Tipo de Novedad			
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.		<input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.		<input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.		<input type="checkbox"/> 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.		B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 15. Traslado: A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input type="checkbox"/>		B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.		<input type="checkbox"/> 16. Reporte de Fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia	
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.		<input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante.	
<input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.		<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de pre-pensionado.	
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.		<input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de pensionado.	
<input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país		<input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.	
		<input type="checkbox"/> 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 F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales			
<input 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 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			
<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC PT			
cantidad de documento de identidad anexos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<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		93. Nombre de la Institución	
Código del Municipio Código del Departamento			
<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		97. Fecha de validación	
DD / MM / AAAA		DD / MM / AAAA	
OBSERVACIONES:			
Codigo Anexo 2654 Diana Ortiz			
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

CódigoFT-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

27012026

Código Asesor

2639

Sucursa

004

Ciudad/Municipio

Palmira

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: oscarduardohernandezducar@gmail.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?	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 telemarketing, elaborar encuestas de satisfacción y llevar a cabo entrevistas de opinión; Compartir información personal no sensible con aliados comerciales, 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](http://www.sos.com.co).

SI ☒ NO ☐

Firma del Cotizante :

C.C. N° 6625389

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°: