# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SOS Servicio Occidental de Salud

**I. Datos del tramite**

| No. De Radicado | Fecha de Radicado |
|---|---|
| | 08/10/2026 DD/MM/AAAA |

| 1. Tipo de Trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | 4.Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| A. Afiliación ☐<br>B. Reporte de Novedad ☒ | A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☒<br>- Beneficiario o Afiliado Adicional ☐<br>B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐ | A. Contributivo ☒<br>B. Subsidiado ☐ | Si ☐<br>No ☒ |

| 5. Tipo de Afiliado | 6. Tipo de Cotizante | 7. Código (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐<br>C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐ | A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐ | |

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

**A. AFILIACION**

| 8. Apellidos y Nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido: Gonzalez | Segundo Apellido: Mezu | Primer Nombre: Leidi | Segundo Nombre: Patricia. |

| 9. Tipo de Documento de Identidad | 10. N° de Documento de Identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo Identificación |
|---|---|---|---|
| CC | 34373728 | Femenino ☒ Masculino ☐ | F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál ☐ |

| 13. Nacionalidad | 14. Lugar de nacimiento | | | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | País | Departamento | Municipio | |
| Colombiana | Colombia | Cauca | Pto Tejada | 02/09/1978 DD/MM/AAAA |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos Personales

| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBEN |
|---|---|---|---|
| | | SI ☐ No ☒<br>Categoría de la discapacidad: | Si ☐ No ☒ |

| 20. Clasificación SISBEN | 21. Grupo de Población Especial |
|---|---|
| Nivel: Grupo: | |

| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensión | 24. Ingreso Base de Cotización IBC | 25. Tarifa contribución solidaria |
|---|---|---|---|
| | | 1'750.905 | |

| 26. Residencia | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Dirección: Cl 28 # 27A-27 | Teléfono Fijo | Teléfono Celular: 3162348544 | Correo Electrónico | |
| Departamento: Cauca | Municipio/Distrito: Pto Tejada | Localidad/Comuna | Zona: Cabecera municipal ☒ Rural disperso ☐<br>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 |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál ☐ | |

| 33. Lugar de nacimiento | | | 34. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| País | Departamento | Municipio | DD/MM/AAAA |
| | | | |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 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 | | | | | | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Departamento | Municipio / Distrito | Zona: Cabecera Municipal | Centro poblado | Rural disperso | Resto rural | Teléfono fijo y/o celular |
| 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 | 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | Dilatacion propu | 80066 |
| 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 |
|---|---|---|
| | | |

Powered by CamScanner

## 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 perdida 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 | 63. Sexo Identificación | 64. Fecha de Nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál | DD / MM / AAAA |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|---|
| | DD / MM / AAAA | Código: | |

### 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 |
|---|---|
| Heidy Patricia Gonzalez | |

### 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 | 93. Nombre de la Institución |
|---|---|
| Código del Municipio ☐ Código del Departamento ☐ | |

### 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 | 97. Fecha de validación |
|---|---|
| DD / MM / AAAA | DD / MM / AAAA |

**OBSERVACIONES:**

Codigo Asesor 316

Powered by CamScanner

| 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 | 01/10/2026 | Código Asesor | 316 | Sucursal | 17 | 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 X NO ____

Correo Electrónico: Leidy Patricia gonzalez376@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? | ✓ | |
| 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 : Leidy Gonzalez

C.C. N° 43437328

**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**<br>**C.C N°:** | **Firma del Compañero(a)**<br>**C.C N°:** |

Powered by CamScanner