



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. Datos del trámite		No. De Radicado	Fecha de Radicado
1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedad <input type="checkbox"/>		DD/MM/AAAA	
2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input 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 type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>		6. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	
7. Código (a registrar por la EPS) <input type="text"/>			
II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)			
8. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
9. Tipo de Documento de Identidad	10. N° de Documento de Identidad	11. Sexo biológico	
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
13. Nacionalidad		14. Lugar de nacimiento	
País		Departamento	
		Municipio	
15. Fecha de nacimiento			
DD/MM/AAAA			
III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos Personales			
16. Etnia		17. Comunidad	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
19. Tiene encuesta SISBEN		20. Clasificación SISBEN	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nivel: <input type="text"/> Grupo: <input type="text"/>	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensión	
24. Ingreso Base de Cotización-IBC		25. Tarifa contribución solidaria	
26. Residencia			
Dirección		Teléfono Fijo	
		Teléfono Celular	
		Correo Electrónico	
Departamento		Municipio/Distrito	
		Localidad/Comuna	
		Zona Cabecera municipal <input type="checkbox"/> Rural disperso <input type="checkbox"/>	
		Centro Poblado <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"/>	
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	Primer Nombre
B2	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B3	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B4	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B5	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B1	Segundo Nombre		
B2	Segundo Nombre		
B3	Segundo Nombre		
B4	Segundo Nombre		
B5	Segundo Nombre		
36. Tipo Documento	37. N° documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico
			Femenino Masculino
B1			F M T NB Otro Cuál
B2			
B3			
B4			
B5			
40. Sexo identificación			
País			
41. Lugar de nacimiento			
Departamento			
Municipio			
42. Fecha de Nacimiento			
DD / MM / AAAA			
DD / MM / AAAA			
DD / MM / AAAA			
DD / MM / AAAA			
DD / MM / AAAA			
Datos Complementarios del beneficiario			
43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
47. Tiene encuesta SISBEN			
Sí No			
48. Clasificación SISBEN			
Nivel Grupo			
49. Discapacidad			
Sí No			
Categoría de discapacidad			
50. Incapacidad permanente			
Sí 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			
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)			
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	
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de Identificación. <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de Identificación. <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad. <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. <input type="checkbox"/> 10. Terminación de relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando. <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país	<input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. Traslado: A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16. Reporte de Fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia <input type="checkbox"/> 17. Reporte del tramite de protección al cesante. <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de pre-pensionado. <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de pensionado. <input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria. <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	63. 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="checkbox"/>
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad DD / MM / AAAA	67. Motivo de traslado Código: <input type="text"/>	64. Fecha de Nacimiento DD / MM / AAAA
		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 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 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 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 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 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 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	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"/> 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 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	Numero de Documento de Identidad		95. Firma del funcionario	
96. Fecha de radicación DD / MM / AAAA	97. Fecha de validación DD / MM / AAAA			

OBSERVACIONES:

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



ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS

Código: FT-GEC-AF-010
Versión: 1
Fecha de actualización: 26/12/2024

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

Inicio vigencia del afiliado	D	D	M	M	A	A	A	A	Código Asesor	Sucursal	Ciudad/Municipio
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------	----------	------------------

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

	Beneficiario Adicional	Fecha de Afiliación al Sistema			Entidad promotora de Salud EPS Anterior	Código de EPS Anterior	Fecha de ingreso a EPS anterior			Fecha de retiro a EPS Anterior			Correo Electrónico	Puntaje Sisbén
		AAAA	MM	DD			AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD		
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

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:

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.de.datos@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° _____

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°: _____