

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Servicio Occidental de Salud

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 ☐
B. Cabeza de Familia ☐
D. Afiliado adicional ☐

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
NÚÑEZ CASTILLO
Primer Nombre JUAN Segundo Nombre GILBERTO

9. Tipo de Documento de Identidad
CC

10. N° de Documento de Identidad
1130629956

11. Sexo biológico
Femenino ☐ Masculino ☒

12. Sexo identificación F ☐ M ☒
T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál

13. Nacionalidad
COLOMBIA

14. Lugar de nacimiento
País COLOMBIA Departamento VALLE Municipio CALI

15. Fecha de nacimiento
1986/03/25MM/AAAA

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia

17. Comunidad

18. Discapacidad Si ☐ No ☐
Categoría de la discapacidad:

19. Tiene encuesta SISBEN Si ☒ No ☐
Nivel:

20. Clasificación SISBEN Grupo:

21. Grupo de Población Especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
PORVENIR

23. Administradora de Pensión
1423500

24. Ingreso Base de Cotización-IBC

25. Tarifa contribución solidaria

26. Residencia
cra 47 # 49-17 | 3160403742 | Teléfono Celular | Correo Electrónico

VALLE Departamento | CALI Municipio/Distrito | ciudad cordoba Zona 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
Femenino ☐ Masculino ☐

31. Sexo identificación F ☐ M ☐
T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál

32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio DD/MM/AAAA

34. Fecha de nacimiento

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

RADICADO
03.02.2025

36. Tipo Documento

37. N° documento de identidad

38. Nacionalidad

39. Sexo biológico
Femenino Masculino F M T NB Otro Cuál

40. Sexo identificación

41. Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio

42. Fecha de Nacimiento
DD / MM / AAAA

B1

B2

B3

B4

B5

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

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 MORICHAL DE COMFANDI

54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) 91133

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

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 <input type="text"/>		Número de documento de Identidad		62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐		63. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál <input type="text"/>	
						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

☒	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

<p><i>JUAN GILBERTO NUÑEZ .</i></p>	
<p>80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional</p>	<p>81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio</p>

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo copia del documento de identidad: 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									<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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 25px;"></div> </div>	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		97. Fecha de validación	
DD / MM/ AAAA		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		1	0	0	7	2	0	2	5	Código Asesor		1827	Sucursal	0001	Ciudad/Municipio		CALI						
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																							
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>																							
SI ☒ NO ☐																							
Firma del Cotizante <u>JUAN GILBERTO NUÑEZ .</u>																							
C.C. N° <u>1130629956</u>																							
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°: _____																							