

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. Datos del trámite

		No. De Radicado		Fecha de Radicado DD/MM/AAAA	
1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> - Beneficiario o Afiliado Adicional <input type="checkbox"/>		3. Régimen	4. Contribución Solidaria
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedad <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>			A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. Tipo de Afiliado	A. Cotizante <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	6. Tipo de Cotizante	A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	C. Pensionado <input type="checkbox"/>
7. Código (a registrar por la EPS) <input type="text"/>					

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	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
9. Tipo de Documento de Identidad	10. N° de Documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <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 <input type="text"/>	17. Comunidad <input type="text"/>	18. Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de la discapacidad: <input type="text"/>
19. Tiene encuesta SISBEN Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBEN Nivel: <input type="text"/>	21. Grupo de Población Especial <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	31. Sexo identificación
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <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	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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="checkbox"/>	País	Departamento	Municipio	DD / MM / AAAA	
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nivel <input type="text"/> Grupo <input type="text"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad <input type="text"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
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			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
C	
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORANTE, 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	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"/> 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. | <input type="checkbox"/> 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"/> | <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 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 perdida 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 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 64. Fecha de Nacimiento DD / MM / AAAA
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad DD / MM / AAAA	67. Motivo de traslado Código:	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 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:
cantidad de documento de identidad anexos | CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PT <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

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/o INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	93. Nombre de la Institución 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 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:

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	Código Asesor	Sucursal	Ciudad/Municipio
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------	----------	------------------

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

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 normatividad 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 telemarcadeo, 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 :

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°: