



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

										No. De Radicado				Fecha de Radicado					
														DD/MM/AAAA					
1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedad <input type="checkbox"/>				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"/>				4. Contribución Solidaria Sí <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"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>						7. Código (a registrar por la EPS) <div></div>					
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 Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>				12. Sexo identificación T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <div></div>							
13. Nacionalidad				14. Lugar de nacimiento										15. Fecha de nacimiento					
País				Departamento								Municipio							
														DD/MM/AAAA					
III. DATOS COMPLEMENTARIOS																			
Datos Personales																			
16. Etnia <div></div>				17. Comunidad <div></div>				18. Discapacidad Categoría de la discapacidad: <div></div> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>											
19. Tiene encuesta SISBEN Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				20. Clasificación SISBEN Nivel: <div></div> Grupo: <div></div>				21. Grupo de Población Especial <div></div>											
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"/> 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 T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <div></div>							
32. Nacionalidad				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 Femenino Masculino		40. Sexo identificación F M T NB Otro Cuál		41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		42. Fecha de Nacimiento							
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 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												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				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"/> 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 tramite 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 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 SEGUN 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		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 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 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		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

	<b>ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS</b>	<b>Código:</b> FT-GEC-AF-010
		<b>Versión:</b> 1
		<b>Fecha de actualización:</b>

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

<b>Inicio vigencia del afiliado</b>	D	D	M	M	A	A	A	A	<b>Código Asesor</b>		<b>Sucursa</b>		<b>Ciudad/Municipio</b>	
-------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	----------------------	--	----------------	--	-------------------------	--

**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.

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
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](http://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°: