



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicado		Fecha de Radicado	
		15/08/2025	
I. Datos del trámite			
1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedad <input checked="" type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>		4. Contribución Solidaria Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		6. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	
7. Código (a registrar por la EPS)			
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)			
8. Apellidos y Nombres Primer Apellido: <u>Vivas</u> Segundo Apellido: <u>Yacue</u> Primer Nombre: <u>Silvio</u> Segundo Nombre: <u>Olmedo</u>			
9. Tipo de Documento de Identidad <u>CC</u>		10. N° de Documento de Identidad <u>10750063</u>	
11. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		12. Sexo Identificación F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál: <u></u>	
13. Nacionalidad <u>Colombiano</u>		14. Lugar de nacimiento País: <u>Colombia</u> Departamento: <u>Cauca</u> Municipio: <u>Piendamó</u>	
15. Fecha de nacimiento <u>18/10/1958</u>			
III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
16. Etnia <u></u> 17. Comunidad <u></u> 18. Discapacidad Categoría de la discapacidad: <u></u> SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			
19. Tiene encuesta SISBEN SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Nivel: <u></u> 20. Clasificación SISBEN Grupo: <u></u> 21. Grupo de Población Especial <u></u>			
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL <u>ARL Sura</u> 23. Administradora de Pensión <u>Pensionado Colpensiones</u> 24. Ingreso Base de Cotización-IBC <u>1423500</u> 25. Tarifa contribución solidaria <u></u>			
26. Residencia Calle: <u>Calle 2A #73 #03</u> Teléfono Fijo: <u>3023818530</u> Teléfono Celular: <u>3023818530</u> Correo Electrónico: <u>SilvioVivas248@gmail.com</u>			
27. Departamento: <u>Valle</u> Municipio/Distrito: <u>Calí</u> Localidad/Comuna: <u></u> Zona: <input checked="" type="checkbox"/> 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			
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 F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál: <u></u>			
32. Nacionalidad			
33. Lugar de nacimiento País: <u></u> Departamento: <u></u> Municipio: <u></u>			
34. Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA			
Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios de la afiliación colectiva			
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			
B1. Femenino Masculino F M T NB Otro Cuál País Departamento Municipio DD / MM / AAAA			
B2. Femenino Masculino F M T NB Otro Cuál País Departamento Municipio DD / MM / AAAA			
B3. Femenino Masculino F M T NB Otro Cuál País Departamento Municipio DD / MM / AAAA			
B4. Femenino Masculino F M T NB Otro Cuál País Departamento Municipio DD / MM / AAAA			
B5. Femenino Masculino F M T NB Otro Cuál País Departamento Municipio 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			
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 <u>viva 1 a ips carrera 80</u> 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) <u>94610</u>			
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 <u>Silvio Olmedo Vivas</u> 56. Tipo de Documento de Identidad <u>CC</u> 57. Número de Identificación <u>10750063</u> 58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones (A Registrar por la EPS)			
59. Ubicación <u>Calle 2A #73 #03</u> Teléfono <u>3023818530</u> Correo Electrónico <u>SilvioVivas248@gmail.com</u> Departamento <u>Valle</u> Municipio/Distrito <u>Calí</u>			

60. Tipo de Novedad		B. REPORTE DE NOVEDADES
<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 checked="" 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: <div style="margin-left: 20px;"> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> </div> <input type="checkbox"/> 15. Traslado: <div style="margin-left: 20px;"> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> </div> <input type="checkbox"/> 16. Reporte de Fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia <input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite 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 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 15/08/2025		67. Motivo de traslado Código:		68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

☐ 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 Sisben vigente

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:	

<p><i>Silvio Olmedo Vivas</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>
---	--

<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad: cantidad de documento de identidad anexos	<input type="checkbox"/> 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
---	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

☐ 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

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento	93. Nombre de la Institución
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>

4. 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	
5. Fecha de radicación DD / MM / AAAA		97. Fecha de validación DD / MM / AAAA	

Luz Kenny Valencia codigo 2452

FT-GEC-AF-008

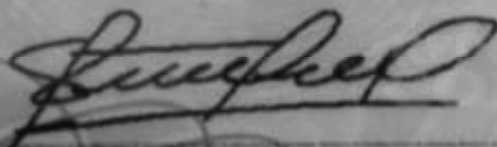
 <p>SOS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EN INTERVENCIÓN</p>	ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS	Código: FT-GEC-AF-010 Versión: 3 Fecha de actualización: 26/05/2025					
Las casillas sombreadas son de uso exclusivo de la E.P.S S.O.S							
Inicio vigencia del afiliado	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	Código Asesor	2452	Sucursal	001	Ciudad/Municipio	CALI
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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Correo Electrónico: <u>Silvio Olmedo Jivas</u>							
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?						<input checked="" type="checkbox"/>	
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?						<input checked="" type="checkbox"/>	
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?						<input checked="" type="checkbox"/>	
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?						<input checked="" type="checkbox"/>	
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?						<input checked="" type="checkbox"/>	
AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES							
<p>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.</p> <p>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 telemarketing, 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.</p> <p>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</p>							
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
Firma del Cotizante: <u>Silvio Olmedo Jivas</u> C.C. N°: <u>10950063</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°:			

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10.750.063**
VIVAS YACUE

APELLIDOS
SILVIO OLMEDO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-OCT-1958**

PIENDAMO
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

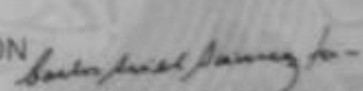
1.60
ESTATURA

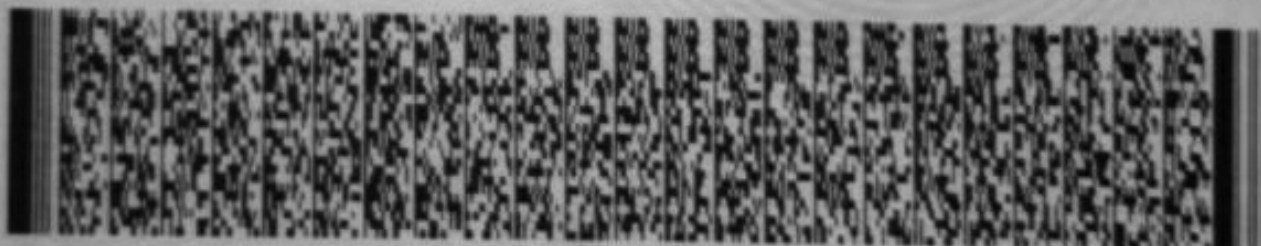
A+
G.S. RH

M
SEXO

07-MAR-1977 PIENDAMO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3100150-00050581-M-0010750063-20080816

0002198513A 1

2760009065

ARL

sura

Medellín, 21 de AGOSTO de 2025

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A CERTIFICA:

Que la información detallada a continuación corresponde a lo que se encuentra registrado en los sistemas de la ARL SURA a la fecha 21/08/2025 hora 10:23 AM, con relación a la afiliación y cobertura de VIVAS YACUE SILVIO OLMEDO identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA 10750063, afiliado en calidad de **Trabajador Independiente Voluntario**.

Fecha de Inicio de cobertura: 15/08/2025

Fecha de fin de cobertura: 31/12/3000

Estado actual de la cobertura: EN COBERTURA

Código de ocupación: 8323

Descripción ocupación: Conductores de camionetas y vehículos livianos

Clase de riesgo: 4

Porcentaje de cotización: 4.35

Para información adicional, puede comunicarse gratuitamente con nuestras líneas de atención 01 800 051 1414 ó 01800 094 1414, en Medellín 444 4578 - Bogotá 405 5911 - Cali 681 8911 - Pereira 313 8400 - Manizales 881 1280 - Bucaramanga 657 1764 - Cartagena 656 1757

Atentamente,

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios.