



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicado		Fecha de Radicado	
		16/08/2025	
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 Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" 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 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: Peña Segundo Apellido: Burgos Primer Nombre: Felipe Segundo Nombre:			
9. Tipo de Documento de Identidad ce	10. N° de Documento de Identidad 1143961441	11. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	12. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input checked="" type="checkbox"/>
13. Nacionalidad Colombiano	14. Lugar de nacimiento País: Colombia Departamento: Valle Municipio: Cali	15. Fecha de nacimiento 13/01/1994	
III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
16. Etnia		17. Comunidad	
18. Discapacidad Categoría de la discapacidad:		19. Tiene encuesta SISBEN Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
20. Clasificación SISBEN Nivel: Grupo:		21. Grupo de Población Especial	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL AEL Sura		23. Administradora de Pensión Porvenir	
24. Ingreso Base de Cotización-IBC \$1.423.500		25. Tarifa contribución solidaria	
26. Residencia Cra 26-62 #73-25 Valle		27. Teléfono Fijo 3226356985	
28. Teléfono Celular 3226356985		29. Correo Electrónico Felipeak23@gmail.com	
30. Departamento Cali		31. Municipio/Distrito Comuna 14	
32. Zona Cabeecera municipal <input type="checkbox"/> Rural disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/>		33. Fecha de nacimiento	
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 F <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="checkbox"/>			
32. Nacionalidad			
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 40. Sexo identificación 41. Lugar de nacimiento 42. Fecha de nacimiento			
B1. Femenino Masculino F M T NB OtroCuál País Departamento Municipio 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			
B1. Sí No Nivel Grupo Sí No Categoría de discapacidad Sí No			
B2.			
B3.			
B4.			
B5.			
51. Datos de Residencia			
Departamento Municipio / Distrito Zona: Cabeecera 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. Dirección Localidad / Comuna Correo electrónico			
B2.			
B3.			
B4.			
B5.			
53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS			
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 Felipe Peña Burgos			
56. Tipo de Documento de Identidad ce			
57. Número de identificación 1143961441			
58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones (A Registrar por la EPS)			
59. Ubicación Cra 26-62 #73-25 Teléfono 3226356985 Correo Electrónico Felipeak23@gmail.com			
60. Departamento Valle			
61. Municipio/Distrito Cali			

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 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
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 DD / MM / AAAA		66. Fecha de novedad DD / MM / AAAA	
67. Código de trabajo Código: <input type="text"/>		68. Tipo de contribución Pensiones	

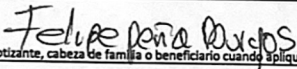
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input type="checkbox"/> 69. Declaración 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 Sisben 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 <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 <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
---	-------------------------------------

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 Número de Documento de Identidad	
95. Firma del funcionario	
96. Fecha de radicación DD / MM / AAAA	97. Fecha de validación DD / MM / AAAA

OBSERVACIONES:

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: 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	6	0	8	2	0	2	S	Código Asesor		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 ☒ NO ☐Correo Electrónico: Felipek23@gmail.com

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"/>	<input 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"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 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.

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 760 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:

Felipe Pedro Burgos
C.C. N° 1143961441

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°:

Medellín, 19 de agosto de 2025

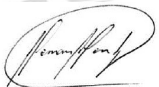
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que FELIPE PEÑA BURGOS identificado(a) con C1143961441 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C11439614412523142234

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Dirección IP 10.205.28.18