

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

En Pos de tu bienestar

No. De Radicación

Fecha de Radicación
0 0 / 0 0 / 0 0

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		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. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐		5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		Código (a registrar por la EPS)	

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer apellido: Valbel Segundo apellido: BARCIA Primer Nombre: Eligio Segundo Nombre: Antonio			
7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 15665498	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 18/02/1961

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia Sura		12. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T P		13. Puntaje SESBEN 1300.000		14. Grupo de población especial 1300.000	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Protección		16. Administradora de Pensiones Protección		17. Ingreso base de cotización - IBC 3152508203			
18. Residencia Dirección: Cra 32 # 13B - 50 Teléfono fijo: 7008150 Teléfono celular: 3152508203 Correo electrónico: barciavelbel93@gmail.com		Municipio/Distrito: Caucasia Zona: Urbana ☒ Rural ☐		Localidad/Comuna: Antioquia Departamento: Antioquia			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres Primer apellido: Segundo apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:			
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento 0 0 / 0 0 / 0 0

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento 0 0 / 0 0 / 0 0
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo: E N M Condición: T P	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

32. Datos de residencia

Municipio/Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

C	B	B	J	Código de la IPS (a registrar por la EPS)

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre a razón social Union Temporal Outsing	36. Tipo de documento de identificación NTI	37. Número del documento de identificación 901677020-1	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección: Km 4+700M. Porq. Ind. Zircuna Teléfono: 7008150 Correo electrónico: UTAFILIACIONES@coosalud.gov.co Municipio/Distrito: F/bianca Departamento: S/tender			

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. | ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. | ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada afiliaciones colectivas |
| ☐ 3. Actualización del documento de identidad. | ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo |
| ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. | ☐ ☐ B. Régimen Subsidiado |
| ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. | ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen |
| Código <input type="text"/> | ☐ ☐ B. Diferente Régimen |
| ☐ 6. Reinscripción en la EPS. | ☐ 15. Reporte de fallecimiento. |
| ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | ☐ 16. Reporte del Trámite de protección al cesante. |
| ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. |
| ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. | ☐ 18. Reporte de la calidad de pensionado. |
| ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. | |

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino		Fecha de nacimiento 4.2 Fecha	
43. EPS anterior				44. Motivo de traslado		45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 50. 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.
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 52. 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 del Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

Eligio Antonio Vergel G

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Karen Aguilar

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación Institucional o de Oficio

UNION TEMPORAL
OUTSOURCING
CLAF
TEL: 802.677.920-1

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC Total
- Cantidad:
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare 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.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. 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.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel			

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		71. Firma del funcionario			

OBSERVACIONES:

Requiere 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.