

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

Por favor, tu bienestar

No. De Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE			
1. Tipo de trámite: <input checked="" type="checkbox"/> A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de novedad <input type="checkbox"/> C. Retiro <input type="checkbox"/> D. Otros			
2. Tipo de afiliación: <input checked="" type="checkbox"/> A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cotizado <input type="checkbox"/> C. Beneficiario			
3. Tipo de cotizante: <input checked="" type="checkbox"/> A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Autónomo			
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)			
4. Apellidos y nombres: Lepez Porcucha Viebe Marcel			
5. Tipo de documento de identidad: CC		6. Número del documento de identidad: 1.005 977 097	
7. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino		8. Fecha de nacimiento: 04/12/2001	
III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
9. Etnia: Sur			
10. Grado de escolaridad: 1			
11. Ingresos mensuales: 1.000.000			
12. Lugar de residencia: Cal			
13. Teléfono fijo: 311 700 3648			
14. Teléfono celular: 7.300 000 000			
15. Correo electrónico: valle			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR			
16. Datos básicos de identificación del conyuge o compañero (a) permanente cotizante			
17. Apellidos y nombres: Lepez Porcucha Viebe Marcel			
18. Tipo de documento de identidad: CC		19. Número del documento de identidad: 1.005 977 097	
20. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino		21. Fecha de nacimiento: 04/12/2001	
Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales			
22. Apellidos y nombres: Lepez Porcucha Viebe Marcel			
23. Tipo de documento de identidad: CC		24. Número del documento de identidad: 1.005 977 097	
25. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino		26. Fecha de nacimiento: 04/12/2001	
Datos complementarios			
27. Etnia: Sur			
28. Grado de escolaridad: 1			
29. Ingresos mensuales: 1.000.000			
30. Lugar de residencia: Cal			
31. Teléfono fijo: 311 700 3648			
32. Teléfono celular: 7.300 000 000			
33. Correo electrónico: valle			
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
34. Nombre de la entidad: TRANSBOLIB		35. Tipo de documento de identidad: CC	
36. Número del documento de identificación: 805 002 626		37. Tipo de aportante o entidad beneficiaria (a registrar por la EPS): cal valle	

B. REPORTE DE NOVEDADES

140. Tipo de Novedad

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

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 <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
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 intermisión 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

Nick Lopez

[Firma]

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

- ☒ 56. Anexo copia del documento de identidad
- | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Cantidad Total
- ☐ 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 concubinato 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 concubinato 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	

OBSERVACIONES

Medellín, 02 de septiembre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de TRANSPORTES ESPECIALES TRANS TOURS VALLE.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA				Clase: 4	Porcentaje Cotización:	4,35 %
C1005977097	LOPEZ MOSQUERA VICTOR MANUEL	03/09/2022		j1611292	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/09/2022 14:47:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.154.216, 192.230.104.6, 172.16.42.57