

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

En Pos de tu bienestar

No. De Radicación

Fecha de Radicación											

I. DATOS DEL TRAMITE

(Leer 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 ☐		6. Código (a registrar por la EPS)	

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

6. Apellidos y nombres Amortegui De Leon		7. Tipo de documento de identidad CC		8. Número del documento de identidad 72.143.797		9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒		10. Fecha de nacimiento 11/10/21/96	
---	--	---	--	--	--	--	--	--	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo: E N M Condición: T P		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SURA		16. Administradora de Pensiones Colpensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC 1.000.000		18. Residencia Carrera 41C #28-29	
Dirección Cali		Teléfono fijo 315249096		Teléfono celular mylasesoriasintegralsas@gmail.com		Municipio/Distrito Valle de Cauca	

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		20. Tipo de documento de identidad		21. Número del documento de identidad		22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		23. Fecha de nacimiento	
-------------------------	--	------------------------------------	--	---------------------------------------	--	--	--	-------------------------	--

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

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		28. Fecha de nacimiento	
B1		B1		B1		B1		B1	
B2		B2		B2		B2		B2	
B3		B3		B3		B3		B3	
B4		B4		B4		B4		B4	
B5		B5		B5		B5		B5	

Datos complementarios

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

Datos de residencia

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

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

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

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

35. Nombre o razón social MYD Asesorías Integrales SAS		36. Tipo de documento de identificación NIT		37. Número del documento de identificación 901158162		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación Calle 30N #26N-42		40. Teléfono 3015005488		41. Municipio/Distrito Cali		42. Departamento Valle	

B. REPORTE DE NOVEDADES							
40. Tipo de Novedad ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identidad. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐ 6. Reinscripción en la EPS. ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.				☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 12. Desvinculaciones de una entidad autorizada afiliaciones colectivas. ☐ 13. Movilidad: ☒ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento. ☐ 16. Reporte del Trámite de protección al cesante. ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐ 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 Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento		4.2 Fecha		
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código		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 intercepción 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							
 54. El cotizante, cabeza de familia y beneficiario				 55. El empleado, aportante o entidad responsable			
IX. ANEXOS							
☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CM RC TI CC PA CE CD SC Cantidad: Totales:							
☐ 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 Código del Municipio Código del departamento		67. Datos del SISBÉN Número de ficha Plantaje Nivel		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
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:							

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.

Medellin, 04 de abril 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 M Y D ASESORIA INTEGRAL SAS que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000004 RIESGO 4		Clase: 4		Porcentaje Cotización:	4,35 %
G72143797	AMORTEGUI DE LEON JORGE JAVIER	05/04/2022		12616019	DEPENDIENTE

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 04/04/2022 10:16:17.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.48.162, 198.143.41.29, 172.16.42.57