

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE

A. AFILIACIÓN

B. REPORTE DE NOVEDADES

2. TIPO DE AFILIACIÓN

A. Individual:

a) Cotizante o cabeza de familia

b) Beneficiario o afiliado adicional

B. Colectiva

C. Institucional

D. De oficio

3. RÉGIMEN

A. Contributivo

B. Subsidiado

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

SI

NO

5. TIPO DE AFILIADO

A. Cotizante

B. Cabeza de Familia

C. Beneficiario

D. Afiliado adicional

6. TIPO DE COTIZANTE

A. Dependiente

B. Independiente

C. Pensionado

7. CÓDIGO

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

C.N.

M.S.

R.C.

T.I.

C.C.

10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

11. SEXO BIOLÓGICO

F

M

12. SEXO IDENTIFICACIÓN

F

M

T

NB

Otro

13. NACIONALIDAD

14. LUGAR DE NACIMIENTO

PAÍS

DEPARTAMENTO

MUNICIPIO

15. FECHA NACIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA

17. COMUNIDAD INDÍGENA

18. DISCAPACIDAD

SI

NO

CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?

SI

NO

20. CLASIFICACIÓN SISBÉN

NIVEL

GRUPO

21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL

22. ARL

23. AFP

24. IBC

25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

26. RESIDENCIA

DIRECCIÓN

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO

DEPARTAMENTO

MUNICIPIO/ DISTRITO

LOCALIDAD/COMUNA

ZONA

CABECERA MUNICIPAL

CENTRO POBLADO

RURAL DISPERSO

RESTO RURAL

IPS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

T.I.

C.C.

C.E.

S.C.

C.D.

P.T.

29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

30. SEXO BIOLÓGICO

F

M

31. SEXO IDENTIFICACIÓN

F

M

T

NB

Otro

32. NACIONALIDAD

33. LUGAR DE NACIMIENTO

PAÍS

DEPARTAMENTO

MUNICIPIO

34. FECHA NACIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

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

35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS

36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

37. NÚMERO DE IDENTIDAD

38. NACIONALIDAD

39. SEXO

F

M

40. SEXO IDENTIFICACIÓN

F

M

T

NB

Otro?

41. LUGAR DE NACIMIENTO

PAÍS

DEPART.

MUNICIPIO

42. FECHA DE NACIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

Datos complementarios del Beneficiario

43. PARENTESCO

44. ETNIA

45. COMUNIDAD

46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL

47. TIENE ENCUESTA SISBÉN?

SI

NO

48. CLASIFICACIÓN SISBÉN

NIVEL

GRUPO

49. DISCAPACIDAD

SI

NO

CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

50. INCAPACIDAD PERMANENTE

SI

NO

51. Datos de residencia

DEPARTAMENTO

MUNICIPIO/ DISTRITO

CABECERA MUNICIPAL

CENTRO POBLADO

RURAL DISPERSO

RESTO RURAL

52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL

DIRECCIÓN

LOCALIDAD/ COMUNA

CORREO ELECTRÓNICO

53. IPS

54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)

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

55. Nombre o razón social

56. Tipo documento de identificación

N.I.

T.I.

C.C.

C.E.

S.C.

P.A.

C.D.

P.T.

57. Número del documento de identificación

58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación

DIRECCIÓN

TELÉFONO FIJO O CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO

DEPARTAMENTO

MUNICIPIO/DISTRITO

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS

5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS

Código:

6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO

Código:

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. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.

12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS

13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS

14. MOVILIDAD

A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO

15. TRASLADO

A) MISMO RÉGIMEN

B) DIFERENTE RÉGIMEN

16. REPORTE DE FALLECIMIENTO

17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESAÑTE

18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO

19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.

21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

T.I.

C.C.

C.E.

S.C.

C.D.

P.T.

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

62. SEXO BIOLÓGICO

F

M

63. SEXO IDENTIFICACIÓN

F

M

T

NB

Otro

64. FECHA NACIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

65. EPS ANTERIOR

66. FECHA DE NOVEDAD

DÍA

MES

AÑO

67. MOTIVO DE TRASLADO

Código

68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de Juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.

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. Anexo soporte de la Entidad

72. Declaración de no intermediación 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. a) Autorizo mi consentimiento explícito para que Coosalud EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.

b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).

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 Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

T.I.

C.C.

C.E.

S.C.

C.D.

P.T.

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

CN

MS

RC

TI

CC

CE

SC

PA

CD

AS

PT

Cantidad:

Total

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 las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL

Código del Municipio

Código del departamento

93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

C.C.

C.E.

S.C.

C.D.

P.T.

Número del documento de identidad

95. FIRMA DEL FUNCIONARIO

96. FECHA DE RADICACIÓN

DÍA

MES

AÑO

97. FECHA DE VALIDACIÓN

DÍA

MES

AÑO

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.

Vigilado Supersalud

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorización de mensajes de texto.

Yo, _____ identificado (a) con R.C. T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.E. P.T.
número _____ de _____, certifico que:
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? Sí No
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? Sí No
3 ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente? Sí No
4 ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS? Sí No
5 ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS? Sí No
Así mismo autorizo a COOSALUD EPS para que envíe información al teléfono celular No. y/o correo electrónico:
Sí No
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. Sí No
Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://coosalud.com/sites/default/files/carta-derechos-deberes.pdf
Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI NO

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

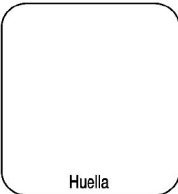
Cordialmente,

Firma:
Tipo ID: No. ID:
Fecha de Solicitud:
Dirección:
Tel: Municipio:
Departamento:



Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma:
Tipo ID: No. ID:
Fecha (dd/mm/aaaa):
Dirección:
Tel: Municipio:
Departamento:



Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará COOSALUD EPS, en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la COOSALUD EPS S.A.

Autorizaciones
En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a COOSALUD EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service -, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de COOSALUD EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Aviso de privacidad
Hago constar expresamente que COOSALUD EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:
datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de COOSALUD EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:
Liámanos marcando gratis desde tu celular: #922 o desde un teléfono fijo: 018000 515611
Correo: defensorusuario@coosalud.com - web: www.coosalud.com
Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por COOSALUD EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

Consentimiento de donación de órganos
La Ley 1805 de agosto de 2016 en su artículo 4° establece: "ARTÍCULO 4°. Manifestación de oposición a la presunción legal de donación. Toda persona puede oponerse a la presunción legal de donación expresando su voluntad de no ser donante de órganos y tejidos, mediante un documento escrito que deberá autenticarse ante Notario Público y radicarse ante el Instituto Nacional de Salud (INS). También podrá oponerse al momento de la afiliación a la Empresa Promotora de Salud (EPS), la cual estará obligada a informar al Instituto Nacional de Salud (INS).
La donación es un acto voluntario por el cual una persona en vida o su familia después de la muerte autorizan la extracción de órganos y tejidos para trasplante, con el fin de ayudar a otras personas. La donación es desinteresada y altruista, ya que por ella no existe remuneración o retribución para el donante o su familia. Por cada donante de órganos y tejidos se pueden beneficiar más de 55 personas. El trasplante de órganos es un tratamiento médico por medio del cual órganos, tejidos y células enfermas son reemplazados por las de un donante. Estos procedimientos ofrecen excelentes resultados en la calidad de vida de las personas, además de prolongarla. Es importante donar para salvar y mejorar la calidad de vida de otros colombianos que necesitan un trasplante de órganos y/o tejidos, y pueden acceder al tratamiento sin importar sexo, religión o condición económica. La donación es un acto de solidaridad de la sociedad que se devuelve a ella misma.
En virtud de lo anterior, lo invitamos a manifestar si acepta o se opone a ser donante de órganos, tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, marcando a continuación la opción por usted elegida: Yo, _____ identificado (a) con el número de identificación _____, en pleno uso de mis facultades mentales, libre de coacción física o moral, manifiesto mi voluntad libre, previa e informada acerca de ser donante de órganos, tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, decisión que será informada al Instituto Nacional de Salud (INS).
Después de mí fallecimiento deseo donar:
Todos los órganos y/o tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos útiles para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos.
Solamente los siguientes órganos o tejidos:
Corazón Pulmón
Páncreas Piel
Hígado Riñones
Intestino Hueso
Medula ósea Cornea
Firma y huella.
(La huella será válida en caso de que éste no pueda firmar)

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMVL

ACTIVIDAD ECONÓMICA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES INGRESO BASE DE COTIZACIÓN POSEE VIVIENDA PROPIA Sí NO PRODUCTOR AGROPECUARIO Sí NO
Nivel de Escolaridad Ninguno Secundaria Normalista Profesional Doctorado
Preescolar Media académica o clásica (bachillerato básico) Técnica Profesional Especialización Último Grado
Básico Primaria Media técnica (bachillerato básico) Tecnológica Maestría Aprobado
SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.
SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO Nombre del Tercero Tipo de Identificación NIT C.C. C.E. Identificación del Tercero que realiza el Aporte DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR Nombre de OFICINA
CIUDAD Y FECHA