COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **OLMER SANDOVAL ZAMORANO** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **16737444** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**PROVIDA FARMACEUTICA SAS**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**01/11/2021**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 02 de noviembre del 2021. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.coosalud.com
- Línea permanente 24 Horas 018000515611

Cordialmente,

CARLOS ALBERTO TORRES SALAZAR
Director de Operaciones - Contributivo
afiliacionescontributivo@coosalud.com
COOSALUD EPS

COOSALUD EPS

0 2 NOV 2021

RECIBIDO

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 76001-00025972-SM

Fecha de Radicación: 02/11/2021

NIT 900.226.715-3

I. DATOS DE TRÁMITE — Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación		3. Régimen
A. Afiliación (X) B. Reporte de Novedades ( )	B. Colectiva ( )	A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia (X) -Beneficiario o Afiliado ( ) C. Institucional ( ) D. De Oficio ( )	A. Contributivo (X) B. Subsidiado ( )

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante (X) B. Cabeza de Familia ( ) C. Beneficiario ( )	A. Dependiente ( ) B. Independiente (X) C. Pensionado ( )	

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

6. Apellidos y Nombres			
SANDOVAL	ZAMORANO	OLMER	Segundo nombre
7. Tipo de Documento de Identidad	**8. Número del documento de identidad**	**9. Sexo**	**10. Fecha de Nacimiento**
CC	16737444	Femenino ( ) Masculino (X)	25/03/1967

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
06	Tipo (F N M)	Condición (T P)		ND

15. Administradora de Riesgos Laborales -	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS SA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES	908526

18. Residencia	Teléfono Fijo		
CLL 76 #8A 10		3182559029	OLMERSANDOVAL.TERAPEUTACORPO@GMAI
SANTIAGO DE CALI **Municipio/Distrito**	**Zona** Urbana (X) Rural ( )	PUERTO MALLARINO **Localidad/Comuna**	VALLE **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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**	**23. Fecha de Nacimiento**
		Femenino ( ) Masculino ( )	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados

24.	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		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B 1		
B 2		
B 3		
B 4		

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

35. Nombre o razón	36. Tipo de Documento de identidad	37.Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
OLMER SANDOVAL ZAMORANO	CC	16737444	Independiente

39. Ubicación				
CL 76 # 8A - 10 **Dirección**	3111111 **Teléfono**	OLMERSANDOVAL.TERAPEUTACORPO@GMAIL.COM **Correo electrónico**	SANTIAGO DE CALI **Municipio/Distrito**	VALLE **Departamento**

- ( ) 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 de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos 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	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo 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 capitulo VII del formulario