

## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD.

28 FEB 2023

RECIDADO

No de Radicación

76001-00074196-SM

**Fecha de Radicación**

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 8 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

NIT 900.226.715-3

### L. DATOS DE TRÁMITE

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

|                                                                                                    |  |                                                                                                                                         |                                        |                                           |  |                                                                                                                                     |  |                                                                                            |            |  |  |           |  |  |                                                                      |  |  |                         |  |  |                 |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|--|-----------|--|--|----------------------------------------------------------------------|--|--|-------------------------|--|--|-----------------|--|--|
| 1. Tipo de Trámite                                                                                 |  | 2. Tipo de Afiliación                                                                                                                   |                                        | A. Individual:                            |  | - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/><br>- Beneficiario o Afiliado <input type="checkbox"/>           |  | 3. Régimen                                                                                 |            |  |  |           |  |  |                                                                      |  |  |                         |  |  |                 |  |  |
| A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/> |  | B. Colectiva <input type="checkbox"/>                                                                                                   |                                        | C. Institucional <input type="checkbox"/> |  | D. De Oficio <input type="checkbox"/>                                                                                               |  | A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/> |            |  |  |           |  |  |                                                                      |  |  |                         |  |  |                 |  |  |
| 4. Tipo de Afiliado                                                                                |  | A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> |                                        | 5. Tipo de Cotizante                      |  | A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/> |  | Código (a registrar por la EPS) <input type="text"/>                                       |            |  |  |           |  |  |                                                                      |  |  |                         |  |  |                 |  |  |
| 6. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)                             |  |                                                                                                                                         |                                        |                                           |  |                                                                                                                                     |  |                                                                                            |            |  |  |           |  |  |                                                                      |  |  |                         |  |  |                 |  |  |
| A. AFILIACIÓN                                                                                      |  |                                                                                                                                         |                                        |                                           |  |                                                                                                                                     |  |                                                                                            |            |  |  |           |  |  |                                                                      |  |  |                         |  |  |                 |  |  |
| 6. Apellidos y Nombres                                                                             |  |                                                                                                                                         | ERAZO                                  |                                           |  | CASTRO                                                                                                                              |  |                                                                                            | TATIANA    |  |  | ALEXANDRA |  |  |                                                                      |  |  |                         |  |  |                 |  |  |
| 7. Tipo de Documento de Identidad                                                                  |  |                                                                                                                                         | CC <input checked="" type="checkbox"/> |                                           |  | 8. Número del documento de identidad                                                                                                |  |                                                                                            | 1234193838 |  |  | 9. Sexo   |  |  | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |  |  | 10. Fecha de Nacimiento |  |  | 9 9 9 1 9 1 9 9 |  |  |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

**Datos personales.**

|                                                                                     |  |                                                                              |  |                                                                           |  |                                                 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|
| 11. Etnia                                                                           |  | 12. Discapacidad                                                             |  | 13. Puntaje SISBEN                                                        |  | 14. Grupo de Población Especial                 |  |
| OC                                                                                  |  | Tipo 1 2 3 4                                                                 |  | Condición 1 2 3                                                           |  | N/C                                             |  |
| 15. Administradora de Riesgos Laborales -<br>COMPANIA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A |  |                                                                              |  | 16. Administradora de Pensiones<br>ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES |  | 17. Ingreso Base de Cotización - IBC<br>1150000 |  |
| 18. Residencia                                                                      |  | 3156251364                                                                   |  | TATIANA.RAZO.COM@GMAIL.COM                                                |  |                                                 |  |
| CR 47 D # 56 F - 23 SC LLANO VERDE                                                  |  | Zona                                                                         |  | Ciudad/Corbo                                                              |  | Departamento                                    |  |
| SANTIAGO DE CALI<br>Municipio/Distrito                                              |  | Urbana <input checked="" type="checkbox"/><br>Rural <input type="checkbox"/> |  | CIUDAD CORDOBA<br>Localidad/Comuna                                        |  | VALLE                                           |  |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR**  
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente

|                                    |                                       |                                                                                  |                         |
|------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 19. Apellidos y Nombres            |                                       |                                                                                  |                         |
| 20. Tipo de Documento de Identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 23. Fecha de Nacimiento |

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

[illegible]

Datos complementarios.

| Datos complementarios |             |           |                  |   |   |           |   |
|-----------------------|-------------|-----------|------------------|---|---|-----------|---|
| 29.                   | Parentesco  | 30. Etnia | 31. Discapacidad |   |   | Condición |   |
|                       |             |           | F                | N | M | T         | P |
| B1                    | Hijo o hija | 06        |                  |   |   |           |   |
| B2                    |             |           |                  |   |   |           |   |
| B3                    |             |           |                  |   |   |           |   |
| B4                    |             |           |                  |   |   |           |   |
| B5                    |             |           |                  |   |   |           |   |

| 32. | Datos de residencia | Zona  |       | Departamento | Teléfono Fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado<br>(a registrar por la EPS) |
|-----|---------------------|-------|-------|--------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------|
|     | Municipio/Distrito  | Urban | Rural |              |                           |                                                              |
| B1  | SANTIAGO DE CALI    | X     |       | VALLE        | 3183919244                |                                                              |
| B2  |                     |       |       |              |                           |                                                              |
| B3  |                     |       |       |              |                           |                                                              |
| B4  |                     |       |       |              |                           |                                                              |
| B5  |                     |       |       |              |                           |                                                              |

### Selección de la IPS Primaria

| Selección de la IPS Primaria                                        |   | Código de la IPS<br>(a registrar por la EPS) |
|---------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------|
| 34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS |   |                                              |
| 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) |  |
| TATIANA ALEXANDRA ERAZO CASTRO |  |  |  |  | CC                                 |  | 1234193838                                 |  | Independiente                                                         |  |
| 39. Ubicación                  |  |  |  |  | 3157251394                         |  | tatianaerazodm@gmail.com                   |  | BUCARAMANGA                                                           |  |
| CALLE 56 G # 47 20             |  |  |  |  | Teléfono                           |  | Correo electrónico                         |  | Municipio/Distrito                                                    |  |
| Dirección                      |  |  |  |  |                                    |  |                                            |  | SANTANDER                                                             |  |
|                                |  |  |  |  |                                    |  |                                            |  | Departamento                                                          |  |

NIT 900.226.715-3

| B. REPORTE DE NOVEDADES                                                                               |                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>40. Tipo de Novedad</b>                                                                            |                                                                                                             |
| <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 type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar 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"/> 14. Traslado <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen                             |
| Código <input type="text"/>                                                                           | <input type="checkbox"/> B. Diferente                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.                                                  | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento                                                       |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales                     | <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante                                   |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales                     | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado                                        |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar      | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado                                            |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir |                                                                                                             |

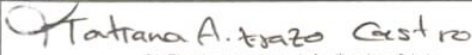
## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de identificación                      |                                                                           |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Primer apellido                                          | Segundo apellido                                                          |
| Tipo de documento de identidad                           | Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |
| Fecha de nacimiento                                      | 42. Fecha                                                                 |
|                                                          | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9                                                       |
| 43. EPS anterior                                         | 44. Motivo de Traslado                                                    |
|                                                          | Código <input type="text"/>                                               |
| 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |                                                                           |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

|                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.                                                                                                                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.                                                                                                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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.                                                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.                                                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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.                                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> 51. 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. |
| <input checked="" type="checkbox"/> 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o de cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.     |
| <input checked="" type="checkbox"/> 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.                                                                                                             |

## VIII. FIRMAS

|                                                                                                                                           |                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> SC | Cantidad: <input type="text"/> Total <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.                                                                                                                                                                                       |                                                           |
| <input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.                                                                                                                               |                                                           |
| <input type="checkbox"/> 59. 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.                      |                                                           |
| <input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.                                                                                                                                                                                                          |                                                           |
| <input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.                                                                                                                                                                                                       |                                                           |
| <input type="checkbox"/> 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.                                                                                    |                                                           |
| <input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.                                                                                                                                                                                |                                                           |
| <input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.                                                                                                                                                                            |                                                           |
| <input type="checkbox"/> 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 |                         | 71. Firma del funcionario         |                         |
| Tipo documento de identidad                         |                         | Número del documento de identidad |                         |
| 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



### CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **TATIANA ALEXANDRA ERAZO CASTRO** identificado con **Cédula de ciudadanía número 1234193838** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado: **Activo**  
IPS de atención: **UNION TEMPORAL UNIPS**  
Categoría: **A**  
Fecha afiliación: **01/02/2023**  
Régimen: **Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE**, el 28 de febrero del 2023. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

#### Integrantes del grupo familiar vigentes

| Identificación | Apellidos y Nombres       | Tipo de Afiliado | Parentesco  | Estado |
|----------------|---------------------------|------------------|-------------|--------|
| RC 1149942940  | MONTERO ERAZO IAN GABRIEL | Beneficiario     | Hijo o hija | Activo |

#### 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](http://www.coosalud.com)
- Línea permanente 24 Horas 018000515611

Cordialmente,

CARLOS ALBERTO TORRES SALAZAR

Director de Operaciones - Contributivo

[afiliacionescontributivo@coosalud.com](mailto:afiliacionescontributivo@coosalud.com)

COOSALUD EPS

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **TATIANA ALEXANDRA ERAZO CASTRO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1234193838**, se encuentra afiliado/a desde **08/11/2021** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de marzo de 2023.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

VIGILADO

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN****POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.****HACE CONSTAR QUE:**

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, se identificó que **TATIANA ALEXANDRA ERAZO CASTRO** con **CC No. 1234193838**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

| Datos del Contratante                                            | Datos de la Relación Laboral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Contratante:</b> NI 890399011 - MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI | <b>Fecha de última cobertura:</b> 21/02/2023<br><b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO<br><b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br><b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 17/02/2023<br><b>Fecha fin de Contrato:</b> 30/04/2023<br><b>Clase de Riesgo:</b> 1<br><b>Cargo :</b> ESPECIALISTAS EN ORGANIZACION, ADMINISTRACION DE EMPRESAS, ANALISIS FINANCIERO Y AFINES, NO CLASIFICADOS BAJO OTROS EPIGRAFES<br><b>Fecha fin de Retiro:</b> SIN FECHA DE RETIRO |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co), para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20230101322673.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 1 días del mes de marzo de 2023.

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**  
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

