

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

No. De Radicación

Fecha de Radicación
21/11/2025

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 ☐ C. Retiro de afiliación

2. Tipo de Afiliación: ☐ A. Individual: ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio

3. Afiliación: ☒ A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐ C. Pensionado

4. Tipo de afiliado: ☒ A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario

5. Tipo de cotizante: ☐ A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS):

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

6. Apellidos y nombres: **Becerra** **Gelves** **Blanca** **Magaly**

7. Tipo de documento de identidad: **CC**

8. Número del documento de identidad: **60.262.907**

9. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino

10. Fecha de nacimiento: **15/02/1979**

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales:

11. Etnia: ☐

12. Discapacidad: ☐ Tipo: ☐ F ☐ N ☐ M Condición: ☐ T ☐ P

13. Puntaje SISBEN: ☐

14. Grupo de población especial: ☐

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: **Positiva**

16. Administradora de Pensiones: **Colpensiones**

17. Ingreso base de cotización - IBC: **\$ 1.423.500**

18. Residencia: **Calle 3 # 3-66 Mónica**

19. Dirección: **Villa del Rosario**

20. Teléfono fijo: **3142015052**

21. Teléfono celular: **blama1502@gmail.com**

22. Correo electrónico: **blama1502@gmail.com**

23. Localidad/Comuna: **Monte de Santander**

24. Municipio/Distrito: **Monte de Santander**

25. Zona: ☒ Urbana ☐ Rural

26. Localidad/Comuna: **Monte de Santander**

27. Departamento: **Monte de Santander**

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

28. Apellidos y nombres:

29. Tipo de documento de identidad: ☐

30. Número del documento de identidad: ☐

31. Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino

32. Fecha de nacimiento: ☐

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

33. Apellidos y nombres:

34. Tipo de documento de identidad: ☐

35. Número del documento de identidad: ☐

36. Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino

37. Fecha de nacimiento: ☐

Datos complementarios

38. Puntaje SISBEN: ☐

39. Etnia: ☐

40. Discapacidad: ☐ Tipo: ☐ F ☐ N ☐ M Condición: ☐ T ☐ P

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

41. Nombre o razón social: **Blanca Magalep Becerra Gelves**

42. Tipo de documento de identificación: **CC**

43. Número del documento de identificación: **60262907**

44. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS): **blama1502@gmail.com**

45. Dirección: **Calle 3 # 3-66 Mónica**

46. Teléfono: **3142015052**

47. Correo electrónico: **blama1502@gmail.com**

48. Municipio/Distrito: **Villa del Rosario**

49. Departamento: **N de S.**

COOSALUD
EPS S.A.
En Pos de tu bienestar

Fecha: **21/11/2025** Hora: **14:00**

SUJECCIÓN DE CALIFICACIÓN
NO IMPLICA ACEPTACIÓN

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

#1. 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 21/11/2025	
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 intencionalidad 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

Blanca Nery Becerra.
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

R. ANEXOS

- | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| ☐ 56. Anexar copia del documento de identidad de: | CN | RC | TI | FC | PA | CE | CD | SC | |
| Cantidad: | ☐ | ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | Total: <input type="text"/> |
| ☐ 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 custodia 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 los padres o los abuelos 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 <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>		67. Datos del SISBEN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>			68. Fecha de radicación <input type="text"/>	69. Fecha de validación <input type="text"/>
70. Datos del funcionario que realiza la validación						
Primer apellido <input type="text"/>		Segundo apellido <input type="text"/>		Primer nombre <input type="text"/>		Segundo nombre <input type="text"/>
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad <input type="text"/>		71. Firma del funcionario <input type="text"/>		

OBSERVACIONES:

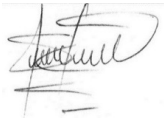
Reconozco que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **BLANCA MAGALY BECERRA GELVES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **60262907**, se encuentra afiliado/a desde **20/11/2025** 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 21 de noviembre de 2025.



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.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA