FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD EPS
En POS de tu bienestar

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	02 07 2020

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐
2. Tipo de Afiliacion: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ - ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. Régimen: A. Contributivo [1] B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente [X] C. Pensionado ☐
Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres			
ERAZO (Primer apellido)	MAMIAN (Segundo apellido)	EVERTH (Primer Nombre)	(Segundo Nombre)
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 4699808	9. sexo: Femenino ☐ Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 05 25 1976

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo (F N M) Condición (T P)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
T		0	

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Adminsitradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
	PORVENIR	

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Cra 47 D NO 56 F23	4008550	3183679160	everlherazo@hotmail.com

Municipio/Distrito	Zona		Localidad/Comuna	Departamento
CALI	Urbana [X]	Rural ☐	15	VALLE

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

19. Apellidos y nombres			
CASTRO (Primer apellido)	(Segundo apellido)	LUZ (Primer Nombre)	EMIR (Segundo Nombre)
20. Tipo de documento de identidad: CC	21. Número del documento de identidad: 25492824	22. sexo: Femenino [X] Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento: 01 21 1973

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales
24. Apellidos y nombres

	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: Femenino / Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

COOSALUD EPS 02 JUL 2020 RECIBIDO

Datos complementarios

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

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

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Everth Erazo Mamian	CC	4699808	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Carrera 47D NO 56F23	3183679160	everlherazo@hot	CALI	VALLE

Escaneado con CamScanner