

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE		2. TIPO DE AFILIACIÓN		3. RÉGIMEN	
A. AFILIACIÓN	B. REPORTE DE NOVEDADES	A. Individual:	a) Cotizante o cabeza de familia	b) Beneficiario o afiliado adicional	B. Colectiva
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	SI NO	5. TIPO DE AFILIADO	A. Cotizante	C. Beneficiario	6. TIPO DE COTIZANTE
			B. Cabeza de Familia	D. Afiliado adicional	A. Dependiente
					B. Independiente
					C. Pensionado
					7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
		Torres		Muñoz		Luisa		Fernanda	
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		C.N.	M.S.	R.C.	T.I.	C.C.	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		3001
		C.E.	S.C.	C.D.	A.S.	P.T.			
11. SEXO BIOLÓGICO		F	M	12. SEXO IDENTIFICACIÓN		F	M	T	NB
									Otro
13. NACIONALIDAD		14. LUGAR DE NACIMIENTO		15. FECHA NACIMIENTO		16. CUAL?			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA		17. COMUNIDAD INDÍGENA		18. DISCAPACIDAD		19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?		20. CLASIFICACIÓN SISBÉN		21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL		22. ARL	
				SI NO		SI NO							
23. AFP		24. IBC		25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA		26. RESIDENCIA		DIRECCIÓN		Transversal 1 # 8-99			
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO CELULAR		3157778899		luisa.torres@ejemplo.com		DEPARTAMENTO					
MUNICIPIO/ DISTRITO		LOCALIDAD/COMUNA		ZONA		CARECERA MUNICIPAL		CENTRO POBLADO		RURAL DISPERSO		RESTO RURAL	

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.	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		30. SEXO BIOLÓGICO	F	M
		S.C.	C.D.	P.T.					
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	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
B1	CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT			F	F	PAÍS	DÍA MES AÑO
B2	CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
B3	CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
B4	CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
B5	CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						

Datos complementarios del beneficiario			46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL		47. TIENE ENCUESTA SISBÉN		48. CLASIFICACIÓN SISBÉN		49. DISCAPACIDAD		50. INCAPACIDAD PERMANENTE		51. Datos de residencia		ZONA			
43. PARIENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	SI	NO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	CARECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL	
B1					I.	II.												
B2					I.	II.												
B3					I.	II.												
B4					I.	II.												
B5					I.	II.												

TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	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)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

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

Inversiones XYZ		56. Tipo documento de identificación		57. Número del documento de identificación		700555333-3	
		N.I.		T.I.		C.C.	
59. Ubicación		Avenida 1 # 1-1		3109990000		luis@xyz.com	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD		9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR		15. TRASLADO	
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN				A) MISMO RÉGIMEN	
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO		B) DIFERENTE RÉGIMEN	
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD		11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS. 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.		16. REPORTE DE FALLECIMIENTO	
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS		12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS		17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE	
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS		13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS		18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO	
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO		14. MOVILIDAD		19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO	
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO		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.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		62. SEXO BIOLÓGICO	F	M
		S.C.	C.D.	P.T.					
64. FECHA NACIMIENTO		DÍA	MES	AÑO	65. EPS ANTERIOR		66. FECHA DE NOVEDAD	67. MOTIVO DE TRASLADO	Código

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	

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	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.

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorización de mensajes de texto.

Yo, <u>Luisa Fernanda Torres Muñoz</u> identificado (a) con R.C. T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.E. P.T.
número <u>3001</u> 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? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3 ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4 ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5 ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 ☐

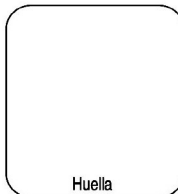
Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

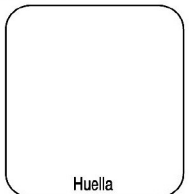
Cordialmente,

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

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



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. Autorizo de manera expresa a y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de COOSALUD EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y 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:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros

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.

- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

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:

Llámanos 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 mi 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:

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Corazón | <input type="radio"/> Pulmón |
| <input type="radio"/> Páncreas | <input type="radio"/> Piel |
| <input type="radio"/> Hígado | <input type="radio"/> Riñones |
| <input type="radio"/> Intestino | <input type="radio"/> Hueso |
| <input type="radio"/> Medula ósea | <input type="radio"/> 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	Ninguno <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Normalista <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>	Posición Ocupacional	Patrón/Empleador <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Trabaja por su Cuenta <input type="checkbox"/>				