



RV: RESPUESTA RADICADO SALIDA 230-2025 EN ATENCION A LA ENTRADA 134-2025

Desde Leny Mora Torres <lemorat@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Fecha Vie 31/01/2025 9:47

Para Cristhian Jose Parra Yemail <cparray@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 4 archivos adjuntos (4 MB)

CARTA 1 230-2025_Rta.pdf; ANEXO 1 1. Certificado Afiliacion.pdf; ANEXO 2 2.pdf; ANEXO 3 3.pdf;

Cordial saludo,

Se les allega solicitud recibida en el correo electrónico de la secretaria, el cual ya fue ingresado al sistema de información Siglo XXI y se remite para los fines pertinentes. Cualquier inquietud o novedad por favor hacérmela saber y poder proceder de conformidad.

LENY MORA TORRES

SALA LABORAL – TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTA



AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

De: Secretario Sala Laboral Tribunal Superior - Bogotá - Bogotá D.C. <secltribsupbta@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Enviado: miércoles, 29 de enero de 2025 11:47

Para: Leny Mora Torres <lemorat@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: RV: RESPUESTA RADICADO SALIDA 230-2025 EN ATENCION A LA ENTRADA 134-2025

Cordial saludo,

Remito para su conocimiento y respectivo tramite.

NELSON E LABRADOR P

SECRETARIA - SALA LABORAL

TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTA



De: Oficina Tutelas Sala Laboral Tribunal Superior - Bogotá - Bogotá D.C.

<ofictutsltsbta@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Enviado: miércoles, 29 de enero de 2025 9:39 a. m.

Para: Secretario Sala Laboral Tribunal Superior - Bogotá - Bogotá D.C.

<secltribsupbta@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: RV: RESPUESTA RADICADO SALIDA 230-2025 EN ATENCION A LA ENTRADA 134-2025

Cordial saludo

Se remite para su conocimiento. (014 2022 00032 01)

POR FAVOR ACUSAR RECIBIDO DE ESTE CORREO.

En documento digital se envía lo ordenado en el proceso de la referencia, para su notificación y su debido cumplimiento.

GRACIAS POR SU ATENCION.**Alejandra Ospina**

Citador IV

Sala Laboral del Tribunal Superior de Bogotá

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

De: D-SOFT - Notificaciones <correspondenciamandato@coomevaeps.com>**Enviado:** miércoles, 29 de enero de 2025 8:29**Para:** Oficina Tutelas Sala Laboral Tribunal Superior - Bogotá - Bogotá D.C.

<ofictutslbsbta@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: RESPUESTA RADICADO SALIDA 230-2025 EN ATENCION A LA ENTRADA 134-2025

No suele recibir correo electrónico de correspondenciamandato@coomevaeps.com. [Por qué es esto importante](#)



Buenos días.

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ

Cordial saludo.

En atención a su solicitud radicada mediante **PQRSCOOM 134-2025** de fecha **15/01/2025**,

de manera atenta adjuntamos comunicación **COOMS 230-2025** de fecha **29/01/2025** para los fines pertinentes dando por atendido su requerimiento.

Este mensaje es generado automáticamente, por favor no lo responda...
Si desea enviar alguna solicitud puede hacerlo a través del correo electrónico
mandato@coomevaeps.com.

Copyright © D-Soft - 2025

Bogotá D.C.

Señora:

MARIA ADELAIDA RUÍZ VILLORIA

Secretaria

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ, D.C. SALA LABORAL

ofictutsltsbta@cendoj.ramajudicial.gov.co

REFERENCIA: PROCESO ORDINARIO LABORAL

RADICACIÓN: 11001 31 05 014 2022 00032 01

ACCIONANTE: MANUEL ALBERTO ORTIZ MORALES

ACCIONADO: SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A. y SEGUROS ALFA S.A.

OFICIO E No. 8678

ASUNTO: RESPUESTA PQR ENTRADA 134-2025

Atento saludo,

La Resolución No. 202232000000189-6 del 25 de enero de 2022, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, estableció como fecha de finalización del proceso liquidatorio de **COOMEVA EPS S.A.** el 25 de enero de 2024. En cumplimiento de esta disposición, el Liquidador emitió la Resolución L-002 de 2024 "Por medio de la cual se declara terminada la existencia legal de COOMEVA EPS S.A. En liquidación".

Como consecuencia del cierre del proceso, y previa autorización de la Junta de Acreedores y la Superintendencia Nacional de Salud, el Liquidador suscribió Contrato de Mandato de fecha 24 de enero de 2024, con la sociedad **RACIL ASESORÍAS S.A.S.**, con el objeto de gestionar las actividades remanentes del proceso liquidatorio, sin que adquiera la calidad de sucesor o subrogatario de la extinta COOMEVA EPS S.A.

Así las cosas, teniendo en cuenta que para todos los efectos **RACIL ASESORIAS S.A.S.** actúa única y exclusivamente en calidad de mandataria de la EPS liquidada, en atención al requerimiento del oficio del asunto, por medio del cual se solicita: *Certificación de la fecha de afiliación de la causante DIANA MARCELA FLOREZ SALAZAR identificado(a) con CC 1088277657 a dicha EPS, y los documentos que presentó en el momento de la afiliación y durante la vinculación para la acreditación de sus beneficiarios y si fueron modificados allegar copia de los documentos presentados.* nos permitimos manifestar:

Que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo sexto de la resolución 202232000000189-6 del 25 de enero de 2022, el liquidador hizo entrega de la base de datos de los afiliados de Coomeva EPS SA a las 14 EPS receptoras de los usuarios en los términos del decreto 1424 de 2009, dada la cesación de la prestación del servicio de salud por parte de la mencionada EPS a partir del 31 de enero de 2022.

Sin perjuicio de lo anterior, revisados los archivos entregados al Mandato, se encuentra el aplicativo COOEPS, herramienta utilizada por la EPS en funcionamiento para el registro de afiliados, el cual fue consultado y se encontró registro relacionado con la señora Diana Marcela Flórez Salazar identificada

con cédula de ciudadanía No. 1.088.277.657, de acuerdo con lo anterior, me permito anexar los siguientes documentos:

- Certificación expedida por la Coordinadora Jurídica del mandato de Coomeva EPS Liquidada en donde consta los datos de afiliación (1 folio).
- Formulario de afiliación No. 17743611 del 01/07/2013 (2 folios).
- Formulario No. 19390691 del 19/01/2017 (2 folios).

Finalmente, se informa que en caso de requerir información adicional sobre el particular puede solicitarla al correo electrónico mandato@coomevaeps.com.

Cordialmente,

JOHN JAIRO

GARCÉS MEJÍA

Firmado digitalmente por
JOHN JAIRO GARCÉS MEJÍA
Fecha: 2025.01.28 17:21:10
-05'00'

JOHN JAIRO GARCÉS MEJÍA

Representante Legal

RACIL ASESORÍAS S.A.S

MANDATO COOMEVA EPS S.A. LIQUIDADA

Anexo lo enunciado

Revisó: NRA 

Proyectó: M.V.V. 

MANDATO COOMEVA EPS S.A LIQUIDADA

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) mencionada(s) a continuación estuvo/estuvieron afiliada(s) a la extinta Coomeva EPS:

Tipo Y Número De Identificación:	C.C 1.088.277.657
Nombres Y Apellidos:	Diana Marcela Florez Salazar
Tipo De Afiliado:	Cotizante
Parentesco:	Cabeza De Familia
Fecha De Afiliación:	01/07/2013
Fecha De Retiro -- [Fecha Fallece]:	05/04/2021--[05/03/2021]
Estado De Afiliación:	Afiliado Fallecido
Régimen:	Contributivo

Tipo Y Número De Identificación:	C.C 1.088.241.961
Nombres Y Apellidos:	Manuel Alberto Ortiz Morales
Tipo De Afiliado:	Beneficiario
Parentesco:	Cónyuge O Compañero Permanente
Fecha De Afiliación:	19/12/2018
Fecha De Retiro:	04/03/2021
Estado De Afiliación:	Retirado
Régimen:	Contributivo

Tipo Y Número De Identificación:	T.I 1.089.609.162
Nombres Y Apellidos:	Samuel Ortiz Gonzalez
Tipo De Afiliado:	Beneficiario
Parentesco:	Hijo
Fecha De Afiliación:	19/12/2018
Fecha De Retiro:	04/03/2021
Estado De Afiliación:	Retirado
Régimen:	Contributivo

Para constancia de lo anterior se expide la presente, en la ciudad de Bogotá D.C, a los 16 días del mes de enero de 2025 con destino a quien pueda interesar.



NOHELIA RAMIREZ ARIAS
Coordinadora Jurídica
RACIL ASESORÍAS S.A.S
MANDATO COOMEVA EPS S.A LIQUIDADA

Revisó y Aprobó: AVV
Proyecto: CPM

República de Colombia
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

1284726

Fecha Radicación **01.07.2013**

(Lea las Instrucciones que se encuentran al respaldo de la copia del empleador)

05005610309

130

I. Información para ser diligenciada por el Cotizante o Cabeza de Grupo Familiar
Clase de Afiliación: Nuevo en el Sistema Traslado Reingreso

Nombre de la Entidad de Salud EPS a la que se encontraba anteriormente afiliado: _____ Fecha de Ingreso DD / MM / AAAA Fecha de Retiro DD / MM / AAAA
Tipo Cotizante: Dependiente Forma de Afiliación: Individual Colectiva

Información del Cotizante
1er. Apellido Florez 2do. Apellido Salazar 1er. Nombre Diana 2do. Nombre Marcela
Tip. Doc. CC No. de Identificación 1088.277.657 Fecha de Nacimiento 06/03/1990 Sexo M Estado Civil Soltera Dirección Residencia Actual Cra 3 B # 22-38 Maná Zona 8 R
Teléfono Residencia 3166777230 Ciudad/Municipio Cartago Departamento Valle Correo Electrónico E-Mail _____
Administradora Fondo de Pensiones Porvenir IPS Médica 10500113 IPS Odontológica 10500284

Información de los Beneficiarios y Adicionales

No.	Tip. Doc.	No. de Identificación	Zona Cotizante	Nombres Completos Beneficiarios				Sexo		Fecha de Nacimiento			Parentesco	Diciapacitacion	UPC Adic.	Dependencia Económica
				1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	M	F	Día	Mes	Año				
1																
2																
3																
4																
5																

Complete la siguiente información en caso de que alguno de los Beneficiarios Directos o Adicionales tenga dirección diferente a la del Cotizante

No.	Dirección Residencia Habitual	Zona U R	Teléfono Residencia	Ciudad / Municipio	Departamento	IPS Médica	IPS Odontológica
1							
2							
3							
4							
5							

Declaración Jurada: Bajo la gravedad de juramento declaro que el (los) cotizante(s) y beneficiario(s) reportado(s) no está(n) afiliado(s) a otra EPS en el POS y que la información que suministro es verídica.
Adicionalmente, Yo Diana M. Florez S. identificado (a) con CC Número 1088.277.657 expedido en Perera doy constancia de que recibí la información completa y de manera clara sobre los beneficios del Plan Obligatorio de Salud - POS y los derechos y deberes de los cotizantes y beneficiarios afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Declaración de Convivencia
Nosotros, _____ y _____ identificados como aparece al pie de nuestras firmas, bajo la gravedad del juramento declaramos que a la fecha de diligenciamiento del Formulario de afiliación a Coomeva EPS S.A., hemos convivido por más de 2 años en condición de compañeros permanentes.

II. Información Adicional del Trabajador Independiente
Tip. Doc. _____ No. De Identificación _____ Nombre o Razón Social _____ Dirección Domicilio Principal _____ Teléfono _____ Fax _____
Ciudad/Municipio _____ Departamento _____ Actividad Económica _____ Administradora de Riesgos Profesionales _____
Productor Agropecuario Si No Posición Ocupacional Patrón o Empleador Trabajador Cuenta Propia Vivienda Propia Si No Tamaño Empresa: 1.(1 cotizante) 2.(2 a 9 Cotizantes) 3.(10 o más Cotizantes)
Nivel Educativo Último año aprobado Base de Cotización Mensual \$ Valor Cotización Mensual \$

III. Información para ser diligenciada por el empleador o Entidad que tiene a cargo la pensión ó agrupadora.
Tip. Doc. RIT No. De Identificación 900.547.344 Nombre o Razón Social Integral de Servicios Emanuel Ciudad Agencia Perera

Información sobre el Empleado o Pensionado Cotizante
Fecha de Ingreso a la Empresa 01.07.2013 Salarial: Fijo Variable Integral Ingreso Base o mesada Pensional \$ 589.500=

IV. Información para ser diligenciada por la E.P.S.
Fecha Inicio Cobertura Urgencias DD / MM / AAAA Fecha Inicio Servicios POS DD / MM / AAAA Fecha Máxima Primer Aporte DD / MM / AAAA
No. Identificación Promotor de Servicios 1125888 Nombre del Promotor de Servicios Artur Vargas S Firma del Promotor de Servicios _____

DOCUMENTOS NO RECIBIDOS CON EL FORMULARIO DE AFILIACIONES (Campo exclusivo para COOMEVA EPS. S.A.)

Doc. de Identidad	RC para acreditar parentesco	Registro Civil de matrimonio	Certificado de estudios	Certificado Incapacidad Permanente	Otros Anexos
CO					
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					
Otros Anexos					

En la condición de cotizante, me comprometo a aportar a COOMEVA EPS S.A. toda la información que me soliciten en relación con las condiciones legales de mis beneficiarios, con lo que se garantiza la entrega de dichos documentos en el plazo señalado anteriormente, y en caso de suspensión en el sistema de beneficiario, y pasados tres meses de suspensión.
Observaciones: Puse en contacto con Coomeva EPS S.A. al interes de un afiliado al SG888
Firma del Cotizante: Artur Vargas Artur Vargas

El Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante el artículo 15 de la Resolución No. 5261 de 5 de agosto 1994, establece que "toda persona que ingresa a una Entidad Promotora de Salud debe diligenciar bajo gravedad de juramento un formulario que contenga sus datos personales y familiares que vaya a inscribir, los antecedentes clínicos, epidemiológico y toxicológicos". La consignación de datos falsos constituye falsedad en documento público.

CONTESTE CADA UNA DE LAS PREGUNTAS TENIENDO EN CUENTA EL ORDEN DE LOS BENEFICIARIOS REGISTRADOS EN EL FORMULARIO DE AFILIACIÓN

C: Cotizante

B1: Beneficiario 1

B2: Beneficiario 2

B3: Beneficiario 3

B4: Beneficiario 4

B5: Beneficiario 5

Pregunta	C	B1	B2	B3	B4	B5	Explicación
1. Está actualmente en observación o seguimiento de alguna enfermedad?	C	SI	NO				
	B1	SI	NO				
	B2	SI	NO				
	B3	SI	NO				
	B4	SI	NO				
2. Tiene algún diagnóstico, tratamiento médico o cirugía por definir?	C	SI	NO				
	B1	SI	NO				
	B2	SI	NO				
	B3	SI	NO				
	B4	SI	NO				
3. Tiene alguna lesión congénita, Discapacidad o defecto físico?	C	SI	NO				
	B1	SI	NO				
	B2	SI	NO				
	B3	SI	NO				
	B4	SI	NO				
4. Tiene exámenes especiales por realizarse?	C	SI	NO				
	B1	SI	NO				
	B2	SI	NO				
	B3	SI	NO				
	B4	SI	NO				

REVISIÓN POR SISTEMA

Pregunta	C	B1	B2	B3	B4	B5
Sistema nervioso: ¿Convulsiones, mareos, parálisis, trastornos mentales, pérdida del conocimiento?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Sistema hemolinfático: ¿Anemia, desórdenes sanguíneos, hemorragias o formación fácil de morados?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Aparato digestivo: ¿Úlcera, gastritis, cirrosis, colitis, sangrado rectal?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Órganos de los sentidos: Cataratas, pterigios, visión corta, sinusitis, estrabismo?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Endocrino - metabólicas: ¿Diabetes, enfermedades de tiroideas, hipofísis?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Inmunológica: ¿Lupus, artritis reumatoidea, otras?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Cáncer, tumores, radioterapia o quimioterapia?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Glándulas mamarias: ¿Dolores, masas, secreciones anormales?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Cardiovascular: Hipertensión, infartos anginas, soplos anómalos, enfermedades coronarias?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Respiratorios: ¿Asma, enfisema, tosedor crónico?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Urinarias: ¿Insuficiencia renal, cálculos, orina con sangre, infecciones frecuentes, próstata?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Osteoarticulares: ¿Enfermedades de la columna, dolor de rodilla o cadera, deformidades?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Infecciosos: ¿Hepatitis, tuberculosis, SIDA o VIH (+), enfermedades de transmisión sexual?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Cirugías, alergias, traumas (accidentes)	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Ginecológicas: Tumores o masas en ovarios, útero, menstruación anormal?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Citología vaginal: ¿Alguna citología vaginal le ha sido reportada como anormal?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
2. TIENE						
Marcapasos	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Válvulas de Hakim	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Algún Tipo de prótesis	SI	NO	SI	NO	SI	NO

EXPLICACIÓN

(Para las respuestas positivas del cuadro anterior conteste:)

Enfermedad	C	B1	B2	B3	B4	B5	Fecha	Tratamiento	Secuelas
							DD / MM / AAAA		
							DD / MM / AAAA		
							DD / MM / AAAA		
							DD / MM / AAAA		
							DD / MM / AAAA		

Si usted es mujer mayor de 11 años conteste:

Última Citología Vaginal	C	B1	B2	B3	B4	B5
Fecha	DD / MM / AAAA					

Pregunta	C	B1	B2	B3	B4	B5
Está actualmente embarazada?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Cuántas veces ha estado embarazada?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
No. De Abortos	SI	NO	SI	NO	SI	NO
No. De Partos (*)	SI	NO	SI	NO	SI	NO
No. De Nacidos vivos	SI	NO	SI	NO	SI	NO
No. De Fallecidos durante el embarazo	SI	NO	SI	NO	SI	NO
No. De Fallecidos después del parto	SI	NO	SI	NO	SI	NO
No. De Cesáreas (*)	SI	NO	SI	NO	SI	NO

Para las preguntas con asterisco escribe la causa de ocurrencia

Cotizante o Beneficiario	C	B1	B2	B3	B4	B5

Si se encuentra en embarazo conteste las siguientes preguntas:

Pregunta	C	B1	B2	B3	B4	B5
Cuál fue la fecha de su última menstruación? Confiable	DD / MM / AAAA					
Fecha del último control de embarazo	DD / MM / AAAA					

Pregunta	C	B1	B2	B3	B4	B5
¿Durante el embarazo ha presentado alguna de las enfermedades o patologías que se relacionan a continuación: sangrados, amenazas de aborto, embarazos de bajo peso, placenta previa, diabetes gestacional, hipertensión, infecciones?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Durante el embarazo ha presentado alguna de las enfermedades o patologías que le han practicado durante el periodo actual de embarazo: cesárea, parto instrumental, uso de fórceps, uso de fórceps, uso de fórceps?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Durante el embarazo ha presentado diabetes, hipertensión, infecciones, malformaciones del feto?	SI	NO	SI	NO	SI	NO

Declaro que la información consignada aquí es verídica:

Diana Florez
Firma del Cotizante
C.C. No. 1055.247.654

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Nº 10390694

Fecha de Radicación
1 9 0 1 2 0 1 7

RADICADO

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que acompañan a este formulario antes de registrarlo)

1. Tipo de Trámite
 A. Afiliación B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación
 A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia Beneficiario o afiliado adicional
 B. Colectiva C. Institucional D. De oficio

3. Regimen
 C. Contributivo B. Subsidiado

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) 01

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

6. Apellidos y nombres
 FLOREZ SALAZAR DIANA MARCELA
 Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre

7. Tipo documento de identidad CC B. Número del documento de identidad 1088277657 9. Sexo Femenino Masculino 10. Fecha de nacimiento 0 2 0 3 1 9 9 0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia 06 12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P 13. Puntaje SISBÉN 14. Grupo de población especial 00

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL AXA COLPATRIA SEGUROS DE 16. Administradora de Pensiones 002 / PROTECCION 17. Ingreso base de Cotización - IBC 1,500,000

18. Residencia CR 3 B NO. 22 - 38 SANTA 2110346 316677230
 Dirección Teléfono fijo Teléfono Celular Correo electrónico

76147 / CARTAGO 76 / VALLE
 Municipio/Distrito Zona Urbana Rural Localidad/Comuna Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres

20. Tipo de documento de identidad 21. Número del documento de identidad 22. Sexo Femenino Masculino 23. fecha de Nacimiento 0 0 0 0 0 0 0 0

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

24. Apellidos y nombres

B1	B2	B3	B4	B5

25. Tipo de documento de identidad 26. Numero del documento de identidad 27. Sexo Femenino Masculino 28. Fecha de nacimiento

B1	B2	B3	B4	B5

Datos complementarios

29. Parentescos 30. Etnia 31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P

B1	B2	B3	B4	B5

32. Datos de residencia

B1	B2	B3	B4	B5

33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de los Servicios de Salud - IPS CENTRODONCIA CARTAGO EU - PPR Código de la IPS (a registrar por la EPS) 10500352 10500284

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 social PROMOTORA TELCO INVERSION 36. Tipo de documento de identificación NI 37. Número del documento de identificación 900628083 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 0 1

39. Ubicación CALLE 45 46-142 LOCAL 1 3793359 erikaalejandragero@gmail.com BARRANQUILLA ATLANTICO
 Dirección Teléfono Correo electrónico Municipio/Distrito Departamento

COOAMEVA EPS
 10 FEB 2017
 RADIACIONES
 C. SALAZAR
 C. DIANA
 C. MARCELA

e-case 1429984

B. REPORTE DE NOVEDADES			
40. Tipo de Novedad			
<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 un entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas		
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad	<input 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 régimen		
<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 checked="" 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 la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.			
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD			
41. Datos básicos de identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	DD MM AAAA 19 01 20 17
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	
<input type="text"/>	Código <input type="text"/>	<input type="text"/>	
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES			
<input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales			
<input type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.			
<input type="checkbox"/> 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios			
<input type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de los Servicios de Salud			
<input 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 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran			
<input type="checkbox"/> 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 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			
44. 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 checked="" type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad:			
Cantidad:	CN	RC	TI
	0	0	0
	CC	PA	CE
	1	0	0
	CD	SC	
	0	0	
Total			1
<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 SISBÉN	
Código del municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo documento de Identidad	71. Firma del funcionario		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Número documento de Identidad			
<input type="text"/>			
Observaciones:			
<input type="text"/>			
Marque con una (X) en la casilla de respuesta correspondiente a las siguientes preguntas:			
	SI	NO	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	()	()	
¿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?	()	()	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?	()	()	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	()	()	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	()	()	

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.