

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

No. De Radicación

Fecha de Radicación

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 Afiliación

A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒
Beneficiario o afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐
C. Institucional ☐
D. De oficio ☐

3. Régimen

A. 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)

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

6. Apellidos y nombres

Segura Durango Adriana Patricia

7. Tipo de documento de identidad

CC

8. Número del documento de identidad

1063283673

9. Sexo

Femenino ☒ Masculino ☐

10. Fecha de nacimiento

11/07/1982

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

ANA Corporativa

16. Administradora de Pensiones

Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC

1.750.905

18. Residencia

Dirección: Puerto Libertador

Urbana ☐ Rural ☐

Localidad/Comuna: Córdoba

Departamento: Córdoba

Correo electrónico: consorcio.cordoba.aliment@2026@gmail.com

IV. DATOS DE IDENTIFICACION 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

D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres

25. Tipo de documento de identidad

26. Número del documento de identidad

27. Sexo

Femenino ☐ Masculino ☐

28. Fecha de nacimiento

D D M M A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco

30. Etnia

31. Discapacidad

Tipo: E N M Condición: T P

32. Datos de residencia

Municipio/Distrito: Córdoba

Zona: Urbana ☐ Rural ☐

Departamento: Córdoba

Teléfono Fijo y/o Celular

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

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

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

35. Nombre o razón social

Consorcio Córdoba Aliment@ 2026

36. Tipo de documento de identificación

NIT

37. Número del documento de identificación

902.023.336-0

38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

Km 3 vía Planeta Rica

Teléfono: 3105036436

Correo electrónico: consorcio.cordoba.aliment@2026@gmail.com

Municipio/Distrito: Montevideo

Departamento: Córdoba

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.

☐ 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

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

Sexo

Fecha de nacimiento

Femenino

Masculino

4.2 Fecha

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 intermedión 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 publicas 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

Adriana Segura

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

ALVARO SALGADO

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

IX. ANEXOS

☐ 56. Anexo copia del documento de identidad:

CN

RC

TI

CC

PA

CE

CD

SC

Cantidad:

Total

☐ 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 escritura pública acta de conciliación 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 el cotizante sobre la ausencia 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

Código del departamento

67. Datos del SISBÉN

Número de ficha

Puntaje

Nivel

68. Fecha de radicación

69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación:

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

fecha de Afiliacion 19-01-2026

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.