

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

En Pos de tu bienestar

No. De Radicación

Fecha de Radicación

U U M M A A A A

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 ☐		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. Subsidado ☐	
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 Meza Perez Ana Julia Primer apellido Segundo apellido Primer Nombre Segundo Nombre							
7. Tipo de documento de identidad CC		8. Número del documento de identidad 1038 43 7086		9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐		10. Fecha de nacimiento 06 01 1984	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

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 AXA Colpatría		16. Administradora de Pensiones Colpensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC 1.750.905			
18. Residencia Dirección: Ayapel Zona: Urbana ☐ Rural ☒ Municipio/Distrito: Localidad/Comuna: Córdoba		Teléfono fijo: 3128167828 Teléfono celular: Correo electrónico: consorcio.cordoba.alimenta.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 Primer apellido Segundo apellido Primer Nombre Segundo Nombre							
20. Tipo de documento de identidad		21. Número del documento de identidad		22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		23. Fecha de nacimiento	

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							

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo: E N M Condición: T P	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					
32. Datos de residencia Municipio/Distrito: Zona: Urbana ☐ Rural ☐ Departamento: Teléfono 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

C		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
E		
B		
D		

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 Consorcio cordoba alimenta 2026		36. Tipo de documento de identificación MIT		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 Dirección: Teléfono: 3105036486 Correo electrónico: consorcio.cordoba.alimenta.2026@gmail.com Municipio/Distrito: Montería Departamento: Córdoba							

B. REPORTE DE NOVEDADES				
40. Tipo de Novedad				
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.		☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas		
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.		☐ 12. Desvinculaciones de una entidad autorizada afiliaciones colectivas		
☐ 3. Actualización del documento de identidad.		☒ 13. Movilidad: ☒ A. Régimen Contributivo		
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.		☐ B. Régimen Subsidiado		
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.		☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen		
Código		☐ B. Diferente Régimen		
☐ 6. Reinscripción en la EPS.		☐ 15. Reporte de fallecimiento.		
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.		☐ 16. Reporte del Trámite de protección al cesante.		
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.		☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.		
☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.		☐ 18. Reporte de la calidad de pensionado.		
☐ 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				
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	4.2 Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado.	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones	
		Código		
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 beneficiados 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				
Ana Moza Perez		ALVARO SALGADO		
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario		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		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel
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 Afiliación: 27/01/2026				
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.				