

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 Tramite<br>A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>                                       | 2. Tipo de Afiliación<br>A. Individual:<br>- Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/><br>- Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/><br>B. Colectiva <input type="checkbox"/><br>C. Institucional <input type="checkbox"/><br>D. De oficio <input type="checkbox"/> | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/><br>B. Subsidiado <input type="checkbox"/> |  |
| 4. Tipo de afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> | 5. Tipo de cotizante<br>A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                   |                                                                                                             |  |
| Código (a registrar por la EPS)                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                             |  |

|                                                                         |                                                    |                                                                                            |                                       |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia) |                                                    |                                                                                            |                                       |
| 6. Apellidos y nombres<br>Vega Vergara Berlides Del Carmen              |                                                    |                                                                                            |                                       |
| 7. Tipo de documento de identidad<br>C.C.                               | 8. Número del documento de identidad<br>1003715829 | 9. Sexo<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 10. Fecha de nacimiento<br>01/01/1987 |

|                                                                                                                                                            |                                                 |                                                   |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------|
| III. DATOS COMPLEMENTARIOS                                                                                                                                 |                                                 |                                                   |                                 |
| Datos personales                                                                                                                                           |                                                 |                                                   |                                 |
| 11. Etnia                                                                                                                                                  | 12. Discapacidad<br>Tipo F N M Condición T P    | 13. Puntaje SISBEN                                | 14. Grupo de población especial |
| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br>AXA Colpatria                                                                                             | 16. Administradora de Pensiones<br>Colpensiones | 17. Ingreso base de cotización - IBC<br>1.750.905 |                                 |
| 18. Residencia<br>Dirección: Monitos Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/> Localidad/Comuna: Cordoba 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<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |  |  |  |
| 23. Fecha de nacimiento                                                          |  |  |  |

|                                                                                     |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 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<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>    |  |  |  |
| 28. Fecha de nacimiento                                                             |  |  |  |

|                                                                     |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Datos complementarios                                               |  |  |  |
| 29. Parentesco                                                      |  |  |  |
| 30. Etnia                                                           |  |  |  |
| 31. Discapacidad<br>Tipo E N M Condición I P                        |  |  |  |
| 32. Datos de residencia                                             |  |  |  |
| 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 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO                                     |  |  |  |
| 35. Nombre o razón social<br>Consortio Cordoba Alimenta                                                                                                                             |  |  |  |
| 36. Tipo de documento de identificación<br>NIT                                                                                                                                      |  |  |  |
| 37. Número del documento de identificación<br>902023336-0                                                                                                                           |  |  |  |
| 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)                                                                                                                  |  |  |  |
| 39. Ubicación<br>Dirección: KM 3 Via Planeta Rica Teléfono: 3105036486 Lugar electrónico: ConsortioCordobaAlimenta2026@gmail.com Municipio/Distrito: Monteria Departamento: Cordoba |  |  |  |

| 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. Desvinculaciones de una entidad autorizada afiliaciones colectivas                |                      |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.                                                                                                                                                                                                       |                         | <input checked="" type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input checked="" 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 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                                                                                                 |                      |
| Tipo de documento de identidad <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                         |                         | Número del documento de identidad                                                                              |                      |
| Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                   |                         | Fecha de nacimiento 4.2 Fecha                                                                                  |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         | D D M M A A A A A A                                                                                            |                      |
| 43. EPS anterior                                                                                                                                                                                                                                                            |                         | 44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>                                                             |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         | 45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones                                                       |                      |
| 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 acreditan la condición de beneficiarios.                                                                                     |                         |                                                                                                                |                      |
| <input type="checkbox"/> 49. Declaración de no intromisión del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de 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 genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente 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 del Decreto 1377 de 2013.                       |                         |                                                                                                                |                      |
| <input type="checkbox"/> 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.                                                                                                                                       |                         |                                                                                                                |                      |
| VIII. FIRMAS                                                                                                                                                                                                                                                                |                         |                                                                                                                |                      |
| Berlides Vega                                                                                                                                                                                                                                                               |                         | 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                                                                                                                                                                                                                                                                  |                         |                                                                                                                |                      |
| <input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC                                                                                                                                                                                |                         |                                                                                                                |                      |
| Cantidad: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total <input type="text"/>                                |                         |                                                                                                                |                      |
| <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 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 los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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 Nivel        |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>    | <input type="text"/>                                                                                           | <input type="text"/> |
| 68. Fecha de radicación                                                                                                                                                                                                                                                     |                         | 69. Fecha de validación                                                                                        |                      |
| D D M M A A A A A A                                                                                                                                                                                                                                                         |                         | D D M M A A A A A A                                                                                            |                      |
| 70. Datos del funcionario que realiza la validación                                                                                                                                                                                                                         |                         |                                                                                                                |                      |
| Primer apellido                                                                                                                                                                                                                                                             |                         | Segundo apellido                                                                                               |                      |
| Primer nombre                                                                                                                                                                                                                                                               |                         | Segundo nombre                                                                                                 |                      |
| Tipo de documento de identidad <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                         |                         | 71. Firma del funcionario                                                                                      |                      |
| Número del documento de identidad                                                                                                                                                                                                                                           |                         |                                                                                                                |                      |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                              |                         |                                                                                                                |                      |
| fecha de Afiliacion 01-19-2026                                                                                                                                                                                                                                              |                         |                                                                                                                |                      |
| 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.                                                                                             |                         |                                                                                                                |                      |