

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 (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 (se registra por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres: Primer apellido: Paetz Segundo apellido: Sanchez Primer Nombre: Dany Segundo Nombre: Luz

7. Tipo de documento de identidad: C.C. ☐ 8. Número del documento de identidad: 1063866756 9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐ 10. Fecha de nacimiento:

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia: 12. Discapacidad: Tipo: F N M Condición: T F 13. Puntaje SISBEN: 14. Grupo de población especial:

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: AXA Colpatria 16. Administradora de Pensiones: porvenir 17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.750.905

18. Residencia: Dirección: Pto Libertador Zona: Urbana ☐ Rural ☐ Teléfono fijo: Teléfono celular: Correo electrónico: ConsorcioCordobaalmenta2026@gmail.com Localidad/Comuna: Cordoba Departamento: Cordoba

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: 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 (se registra por la EPS)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS: Código de la IPS (se registra por la EPS):

C			
B			
B			
B			

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: ConsorcioCordobaalmenta2026 36. Tipo de documento de identificación: NIT 37. Número del documento de identificación: 902023336-0 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (se registra por la EPS):

39. Ubicación: Dirección: Km 3 Via planeta Rica Teléfono: 3105036486 Correo electrónico: ConsorcioCordobaalmenta2026@gmail.com Municipio/Distrito: Montería Departamento: Cordoba

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. Desvinculación 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.
Código <input type="text"/> | ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen |
| ☐ 6. Reinscripción en la EPS. | ☐ B. Diferente Régimen |
| ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | ☐ 15. Reporte de fallecimiento. |
| ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | ☐ 16. Reporte del Trámite de protección al cesante. |
| ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. | ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. |
| ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. | ☐ 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 Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento D D M M A A A A		4.2 Fecha D D M M A A A A		

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 intromisión 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 públicas 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

Dany Ioz Perez

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

ALVARO SAIGADO

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 SISBEN Número de ficha Puntaje Nivel		68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M 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	Número del documento de identidad			71. Firma del funcionario			

OBSERVACIONES:

fecha de Afiliación Apartir del 01-19-2026