

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

No. De Radicación

Fecha de Radicación

U

D

M

M

A

A

A

A

I. DATOS DEL TRÁMITE
(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 ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
- Cotizante o Cabeza de Familia ☒
- Beneficiario o afiliado adicional ☐

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 IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres
Solorzano Arrieta Denis Dolores
Primer apellido Segundo apellido Primer Nombre Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad CC

8. Número del documento de identidad 50994562

9. Sexo
Femenino ☒ Masculino ☐

10. Fecha de nacimiento 19 11 1976

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 AXA Colpatría

16. Administradora de Pensiones Colpensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC 1.750.905

18. Residencia
Dirección: Ayapel Municipio/Distrito
Zona: Urbana ☐ Rural ☒
Teléfono Fijo: 3225857029
Teléfono celular: consorciodordobaalimenta2026@gmail.com
Correo electrónico: Córdoba 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
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
B1 B2 B3 B4 B5
Primer apellido Segundo apellido Primer Nombre Segundo Nombre

25. Tipo de documento de identidad

26. Número del documento de identidad

27. Sexo
Femenino Masculino

28. Fecha de nacimiento

Datos complementarios

29. Parentesco

30. Etnia

31. Discapacidad
Tipo: E N M Condición: T P

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)

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 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
Dirección: KM 3 vía Planeta Rica
Teléfono: 3105036486
Correo electrónico: consorciodordobaalimenta2026@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. 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.					☐ 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 ☐ Femenino ☐ Masculino		Fecha de nacimiento		4.2 Fecha	
						D D M M A A A A		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 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									
Denis Solorzano Arrieta					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 SISBÉN			68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación		
Código del Municipio: Código del departamento:		Número de ficha: Puntaje: Nivel:			D D M M A A A A		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 Afiliación 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.									