

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

## COOSALUD

En Pos de tu bienestar

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| No. De Radicación | Fecha de Radicación |
|                   | D M A A S A         |

**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 IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)**

6. Apellidos y nombres: Gonzalez Barrio Diana Patricia

7. Tipo de documento de identidad: CC 8. Número del documento de identidad: 1064314729 9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐ 10. Fecha de nacimiento: 21/09/1992

**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: Pavenir 17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.750.905

18. Residencia: Dirección: Puerto Escondido Zona: Urbana ☐ Rural ☒ Localidad/Comuna: Córdoba Departamento: Teléfono Fijo: 3122251875 Teléfono celular: Correo electrónico: consorcioordobaalimenta2026@gmail.com

**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: D M A A S A

**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: D M A A S A

**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: C B S 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: 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 Dirección: 3105036486 Teléfono: Consorcio cordoba alimenta 2026 Dg@gmail.com Correo electrónico: Montería Municipio/Distrito: Córdoba Departamento:

## 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.  
Código:
- ☐ 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                                                    | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | Fecha de nacimiento                                      | 4.2 Fecha |                |  |
|                                |                                   |                                                         |                                                                      | DDMMAAAA                                                 |           | DDMMAAAA       |  |
| 43. EPS anterior               |                                   | 44. Motivo de traslado:<br>Código: <input type="text"/> |                                                                      | 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

*Diana Gonzalez Barrio*

*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<br>Código del Municipio: <input type="text"/> Código del departamento: <input type="text"/> |  | 67. Datos del SISBÉN<br>Número de ficha: <input type="text"/> Puntaje: <input type="text"/> Nivel: <input type="text"/> |  | 68. Fecha de radicación<br>DDMMAAAA | 69. Fecha de validación<br>DDMMAAAA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|

#### 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*