

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 TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite

2. Tipo de Afiliación

3. Régimen

A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐

A. Individual:
- Cotizante o Cabeza de Familia ☒
- Beneficiario o afiliado adicional ☐

B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐

A. Contributivo ☒ B. Subsidado ☐

4. Tipo de afiliado

5. Tipo de cotizante

Código (a registrar por la EPS)

A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐

A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres

7. Tipo de documento de identidad

8. Número del documento de identidad

9. Sexo

10. Fecha de nacimiento

Montalvo

CC

1066569446

Femenino ☒ Masculino ☐

10/01/1987

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia

12. Discapacidad

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

Tipo: ☒ F ☒ N ☒ M Condición: ☒ T ☒ P

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

16. Administradora de Pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC

AXA Colpatría

1.750.905

18. Residencia

19. Dirección

20. Teléfono Fijo

21. Teléfono celular

22. Correo electrónico

La Apartada

3128582001

consorcio.cordoba.alimenta.2026@gmail.com

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente cotizante

23. Apellidos y nombres

24. Tipo de documento de identidad

25. Número del documento de identidad

26. Sexo

27. Fecha de nacimiento

Femenino ☐ Masculino ☐

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

28. Apellidos y nombres

29. Tipo de documento de identidad

30. Número del documento de identidad

31. Sexo

32. Fecha de nacimiento

Femenino ☐ Masculino ☐

Datos complementarios

33. Parentesco

34. Etnia

35. Discapacidad

36. Tipo de afiliación

37. Condición

38. Datos de residencia

39. Municipio/Distrito

40. Zona

41. Departamento

42. Teléfono fijo y/o celular

43. Valor de la UPE del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

44. Nombre de la Institución Proveedor de Servicios de Salud - IPS

45. 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

46. Nombre o razón social

47. Tipo de documento de identificación

48. Número del documento de identificación

49. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

Consorcio cordoba alimenta 2026

NIT

902 023 336-0

50. Ubicación

51. Dirección

52. Teléfono

53. Correo electrónico

54. Municipio/Distrito

55. Departamento

km 3 vía Planeta Rica

3105036486

consorcio.cordoba.alimenta.2026@gmail.com

Montería

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	Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	4.2 Fecha
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 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			
Eli Montalvo Vera		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	
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje
			Nivel
68. Fecha de radicación		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:			
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.			