

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

En Pos de tu bienestar

No. De Radicación

Fecha de Radicación

DUMMAAA

I. DATOS DEL TRAMITE

(Lee 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 ☐

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 IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

7. Tipo de documento de identidad

8. Número del documento de identidad

9. Sexo

10. Fecha de nacimiento

Saez Montes Elioda Del Socorro

CC 50999086

Femenino ☒ Masculino ☐

01/11/1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales:

11. Etnia

12. Discapacidad

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

16. Administradora de Pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC

18. Residencia

19. Dirección

20. Teléfono fijo

21. Teléfono celular

22. Correo electrónico

23. Municipio/Distrito

24. Zona

25. Localidad/Comuna

26. Departamento

AXA Colpatria

protección

1750.905

ConsorcioCordobaAlimenta2026@gmail.com

puerto libertado

Urbana ☐ Rural ☐

Córdoba

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres

28. Tipo de documento de identidad

29. Número del documento de identidad

30. Sexo

31. Fecha de nacimiento

Femenino ☐ Masculino ☐

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

32. Apellidos y nombres

33. Tipo de documento de identidad

34. Número del documento de identidad

35. Sexo

36. Fecha de nacimiento

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

Datos complementarios

37. Parentesco

38. Etnia

39. Discapacidad

40. Tipo

41. Condición

42. Datos de residencia

43. Municipio/Distrito

44. Zona

45. Departamento

46. Teléfono fijo y/o Celular

47. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

B1

B2

B3

B4

B5

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C

D

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

36. Tipo de documento de identificación

37. Número del documento de identificación

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

39. Ubicación

40. Teléfono

41. Correo electrónico

42. Municipio/Distrito

43. Departamento

Consorcio Cordoba Alimenta 2026

NT

902023336-0

Km3 vno Planeta Rica

3105236486

consorcioCordobaAlimenta2026@gmail.com

Montana

Córdoba

## 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. Desvinculación 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 <input type="text"/> | Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |
| Fecha de nacimiento <input type="text"/>            |                  | 4.2 Fecha <input type="text"/>                         |                                                                           |
| 43. EPS anterior                                    |                  | 44. Motivo de traslado: 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

*Elda Saez*

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

*ALVARO SALGADO*

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 SISBEN:<br>Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/> | 68. Fecha de radicación <input type="text"/> | 69. Fecha de validación <input type="text"/> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|

#### 70. Datos del funcionario que realiza la validación:

|                                                     |                  |                                                        |                |
|-----------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------|----------------|
| Primer apellido                                     | Segundo apellido | Primer nombre                                          | Segundo nombre |
| Tipo de documento de identidad <input type="text"/> |                  | Número del documento de identidad <input type="text"/> |                |
| 71. Firma del funcionario                           |                  |                                                        |                |

### OBSERVACIONES:

*Fecha de Afiliación 19-01-2026*