

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 A A         |

|                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| I. DATOS DEL TRAMITE (Lee las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| 1. Tipo de Trámite:<br>A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>                                    |  | 2. Tipo de Afiliación:<br>A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/><br>- Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/><br>B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/> |  |
| 3. Régimen:<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/><br>B. Subsidiado <input type="checkbox"/>                                                 |  | 4. Tipo de afiliado:<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>                                                                                                                                       |  |
| 5. Tipo de cotizante:<br>A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/> |  | Código (a registrar por la EPS)                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |

|                                                                         |                                      |                                                                                 |                         |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia) |                                      |                                                                                 |                         |
| 6. Apellidos y nombres:<br>Martínez Heredia Eneida De Jesús             |                                      |                                                                                 |                         |
| 7. Tipo de documento de identidad                                       | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo                                                                         | 10. Fecha de nacimiento |
| CC                                                                      | 1063362308                           | Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 23/09/1992              |

|                                                                                                                                                                     |                                                 |                                      |                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| III. DATOS COMPLEMENTARIOS                                                                                                                                          |                                                 |                                      |                                 |
| Datos personales:                                                                                                                                                   |                                                 |                                      |                                 |
| 11. Etnia                                                                                                                                                           | 12. Discapacidad:<br>Tipo: F N M Condición: T P | 13. Puntaje SISBEN                   | 14. Grupo de población especial |
| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL                                                                                                                       | 16. Administradora de Pensiones                 | 17. Ingreso base de cotización - IBC |                                 |
| AXA Colpatria                                                                                                                                                       | Colpensiones                                    | 1.750.905                            |                                 |
| 18. Residencia:<br>Dirección: Puerto Libertador Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Localidad/Comuna: Córdoba Departamento: Córdoba |                                                 |                                      |                                 |
| 19. Correo electrónico: consorcio.cordoba.alimento2026@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                                                             | 23. Fecha de nacimiento |
|                                                                                  |                                       | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | D M A A A 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                                                             | 28. Fecha de nacimiento |
| B1                                                                                  |                                       | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | D M A A A A             |
| B2                                                                                  |                                       |                                                                      | D M A A A A             |
| B3                                                                                  |                                       |                                                                      | D M A A A A             |
| B4                                                                                  |                                       |                                                                      | D M A A A A             |
| B5                                                                                  |                                       |                                                                      | D M A A A A             |

|                       |           |                            |           |
|-----------------------|-----------|----------------------------|-----------|
| Datos complementarios |           |                            |           |
| 29. Parentesco        | 30. Etnia | 31. Discapacidad           | Condición |
|                       |           | Tipo: E N M Condición: T P |           |
| B1                    |           |                            |           |
| B2                    |           |                            |           |
| B3                    |           |                            |           |
| B4                    |           |                            |           |
| B5                    |           |                            |           |

|                          |                                                                      |              |                                                                      |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------|
| 32. Datos de residencia: |                                                                      |              |                                                                      |
| Municipio/Distrito       | Zona: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> | Departamento | 33. Valor de la UPC del municipio adicional (a registrar por la EPS) |
| 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                                                                   |  |                                           |
| G                                                                   |  |                                           |
| 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) |
| Consorcio Córdoba Alimento 2026                                                                                                                 | RT                                      | 902.023.336-0                              |                                                                    |
| 39. Ubicación                                                                                                                                   | 305036436                               | Consorcio Córdoba Alimento 2026            | Córdoba                                                            |
| Km 3 Uru Planeta Rica                                                                                                                           | Teléfono                                | Correo electrónico                         | Municipio/Distrito                                                 |
|                                                                                                                                                 |                                         |                                            | Departamento                                                       |

### 8. 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. Desvinculaciones 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"/> <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"/> <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 | Número del documento de identidad | Sexo                                                                 | Fecha de nacimiento    |               | 4.2 Fecha                                                |                |  |
|                                |                                   | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | DDMM/AAAA              |               | DDMM/AAAA                                                |                |  |
| 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

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

ALVARO SALGADO

## IX. ANEXOS

- |                                                                      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                            |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: | CN                       | RC                       | TI                       | CC                       | PA                       | CE                       | CD                       | SC                       |                            |
| Cantidad:                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Total <input type="text"/> |

☐ 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><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 69. Fecha de validación:<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 70. Datos del funcionario que realiza la validación:                                                                                     |  |                                                                                                                          |  |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Primer apellido: <input type="text"/>                                                                                                    |  | Segundo apellido: <input type="text"/>                                                                                   |  | Primer nombre: <input type="text"/>             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Segundo nombre: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Tipo de documento de identidad: <input type="text"/>                                                                                     |  | Número del documento de identidad: <input type="text"/>                                                                  |  | 71. Firma del funcionario: <input type="text"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

## OBSERVACIONES:

Fecha de 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.