

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

(Lear los instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo).

1. Tipo de Trámite

2. Tipo de Afiliación

3. Régimen

4. Tipo de afiliado

5. Tipo de cotizante

6. Código

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

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

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

20. Tipo de documento de identidad

21. Número del documento de identidad

22. Sexo

23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres

25. Tipo de documento de identidad

26. Número del documento de identidad

27. Sexo

28. Fecha de nacimiento

Datos complementarios

29. Parentesco

30. Etnia

31. Discapacidad

32. Datos de residencia

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

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

35. 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

36. Nombre o razón social

37. Tipo de documento de identificación

38. Número del documento de identificación

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

39. Ubicación

40. Teléfono

41. Correo electrónico

42. Municipio/Distrito

43. Departamento

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 <input type="text"/> | ☐ 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		
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 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

Jocabel Gorman
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		67. Datos del SISBÉN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel			
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 de Afiliación 19-01-2026