

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
 En Pos de tu bienestar

No. De Radicación

Fecha de Radicación
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

I. DATOS DEL TRAMITE (Lee 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 Vega Santana	7. Tipo de documento de identidad C.C.	8. Número del documento de identidad 1045417978	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 08/07/2009
--	---	--	--	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo Condición	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL AXA Colpatría	16. Administradora de Pensiones Colpensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC 1750.905	18. Residencia Dirección: Montelíbano Zona: Urbana ☐ Rural ☐ Localidad/Comuna: Córdoba Departamento: Córdoba

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 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
---	---	--	--	--

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

24. Apellidos y nombres Primer apellido: Segundo apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	28. Fecha de nacimiento 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
---	---	--	--	--

V. DATOS COMPLEMENTARIOS

29. Parentesco B1 B2 B3 B4 B5	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo Condición	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 B B	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 Córdoba Alimenta	36. Tipo de documento de identificación NIT	37. Número del documento de identificación 902023336-0	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección: KM 3 Vía Planeta Rica Teléfono: 3105036486 Correo electrónico: 2026@gmail.com	Municipio/Distrito: Montería	Departamento: 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. Desvinculaciones de una entidad autorizada afiliaciones colectivas		
☐ 3. Actualización del documento de identidad.	☒ 13. Movilidad: ☒ A. Régimen Contributivo		
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	☐ 14. Traslado: ☐ B. Régimen Subsidiado		
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.	☐ 15. Reporte de fallecimiento.		
Código:	☐ 16. Reporte del Trámite de protección al cesante.		
☐ 6. Reinscripción en la EPS.	☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.		
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 18. Reporte de la calidad de pensionado.		
☐ 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.			
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 Código:	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 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			
Katy Vega		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 SISBÉN	
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:			
fecha de Afiliación 01-19-2026			
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.			