

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

No. De Radicación

Fecha de Radicación											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

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. Colectivo ☐

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)

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres

florez

Pinedo

Keila

Isabel

7. Tipo de documento de identidad

C.C.

1148437530

9. sexo

Femenino ☒

Masculino ☐

10. Fecha de nacimiento

26/12/1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia

12. Discapacidad

Tipo

F N M

Condición

T P

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

AXA Colpatría

16. Administradora de Pensiones

Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC

1750905

18. Residencia

Dirección

Montelibano

Zona

Urbana ☐

Rural ☐

Localidad/Comuna

Cordoba

Departamento

Cordoba

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del conyuge 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

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

Datos complementarios

29. Parentesco

30. Etnia

31. Discapacidad

Tipo

E N M

Condición

T P

32. Datos de residencia

Municipio/Distrito

Zona

Urbana ☐

Rural ☐

Departamento

Teléfono Fijo y/o Celular

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

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

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

Consortio Cordoba Alimenta

36. Tipo de documento de identificación

NET

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

Código electrónico

2026@gmail.com

Municipio/Distrito

Montería

Departamento

Cordoba

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	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	
Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino		Fecha de nacimiento 4.2 Fecha	
		DDMMAAAA	
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 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 regularan.			
☐ 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			
Keila florez		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
		DDMMAAAA	DDMMAAAA
70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido		Segundo apellido	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	
		71. Firma del funcionario	
OBSERVACIONES:			
fecha de Afiliacion 01-27-2026			
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.			