

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 (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [] 2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [] B. Colectiva [] C. Institucional [] D. De oficio [] 3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [] 4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [] C. Beneficiario [] 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] 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: Carriazo Lozano Ledis Ester 7. Tipo de documento de identidad: CC 8. Número del documento de identidad: 1104380371 9. Sexo: Femenino [X] Masculino [] 10. Fecha de nacimiento: 09/03/1993

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 Colpatria 16. Administradora de Pensiones: 17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.750.905 18. Residencia: Dirección: Ayapel Zona: Urbana [] Rural [X] Teléfono Fijo: 3215674817 Teléfono celular: Correo electrónico: consorcio.cordoba.alimenta.2026@gmail.com Localidad/Comuna: Córdoba Departamento:

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: Femenino [] Masculino [] 23. Fecha de nacimiento: D D M A A A A

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

24. Apellidos y nombres: B1 B2 B3 B4 B5 25. Tipo de documento de identidad: 26. Número del documento de identidad: 27. Sexo: Femenino Masculino 28. Fecha de nacimiento: D D M A A A A

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 UPC 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: Consorcio cordoba alimenta 2026 36. Tipo de documento de identificación: NIT 37. Número del documento de identificación: 902 023 336-0 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS): 39. Ubicación: Km 3 Vía Planeta Rica Dirección: 3105036486 Teléfono: Consorcio cordoba alimenta 2026@gmail.com Correo electrónico: Montería Municipio/Distrito: Córdoba 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					☐ 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	
						D D M M A A A A		D D M M A A A A	
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 interacción 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 beneficiados 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 publicas 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									
Jedis Carriazo Lozano					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 SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación			
Código del Municipio Código del departamento		Número de ficha Puntaje Nivel		D D M M A A A A		D D M M A A A A			
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 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.									