

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 TRAMITE (Lea 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 IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: **Urago** (Primer apellido), **Montes** (Segundo apellido), **Luz** (Primer Nombre), **Elena** (Segundo Nombre)

7. Tipo de documento de identidad: **CC**

8. Número del documento de identidad: **1073979527**

9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐

10. Fecha de nacimiento: **21/10/1988**

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: **Colpensiones**

17. Ingreso base de cotización - IBC: **1.750.905**

18. Residencia: Dirección: **Canalete** (Municipio/Distrito), Zona: Urbana ☐ Rural ☒ Localidad/Comuna: **Córdoba** (Departamento), Teléfono fijo: **3206050214**, Teléfono celular: **3206050214**, Correo electrónico: **consorcioordobaalimenta2026@gmail.com**

IV. DATOS DE IDENTIFICACION 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:

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: Femenino ☐ Masculino ☐

28. Fecha de nacimiento:

Datos complementarios

29. Parentesco:

30. Etnia:

31. Discapacidad: Tipo: **E N M** Condición: **T P**

	E	N	M	T	P
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

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)
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	
B	
B	
B	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION 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), **consorcioordobaalimenta2026@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. 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. | ☐ ☐ 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: 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

LUZ URANGO MONTES 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 <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

[illegible]

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.