

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

En Pos de tu bienestar

No. De Radicación	Fecha de Radicación								
	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table>	D	M	A	A	A	A	A	A
D	M	A	A	A	A	A	A		

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)	
1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación
A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐ 4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐ 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			
Ruiz	Suarez	Mabel	Del Socorro
Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	50993744	Femenino ☒ Masculino ☐	14 02 1975

III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos personales			
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo: F N M Condición: T P		
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC	
AXA Colpatría	Porvenir	1.750.905	
18. Residencia			
Dirección		3207062747	consorcioordobaalimenta2026@gmail.com
Ayapel		3207062747	consorcioordobaalimenta2026@gmail.com
Municipio/Distrito		Localidad/Comuna	Córdoba
Zona Urbana ☐ Rural ☒		Departamento	

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	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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	28. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios			
29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de residencia
		Tipo: F N M Condición: T P	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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)
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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio cordoba alimenta 2026	NIT	902 023 336-0	
39. Ubicación	40. Teléfono	41. Correo electrónico	42. Municipio/Distrito
KM 3 vía Planeta Rica	3105036486	consorcioordobaalimenta2026@gmail.com	Montefrías
Dirección			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				
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 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							
Mabel Ruiz Suarez		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		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 Aplicación 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.							