

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

En Pos de tu bienestar

No. De Radicación

Fecha de Radicación

D O M S A A A A

I. DATOS DEL TRAMITE

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

|                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Tipo de Trámite<br>A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>                                       | 2. Tipo de Afiliación<br>A. Individual:<br>- Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/><br>- Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/><br>B. Colectiva <input type="checkbox"/><br>C. Institucional <input type="checkbox"/><br>D. De oficio <input type="checkbox"/> | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/><br>B. Subsidado <input type="checkbox"/> |
| 4. Tipo de afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> | 5. Tipo de cotizante<br>A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                   | Código (a registrar por la EPS)                                                                            |

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)

A. AFILIACIÓN

|                                                                                                                                         |                                         |                                                    |                                                                                            |                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 6. Apellidos y nombres<br>Primer apellido: Contreras<br>Segundo apellido: Capachero<br>Primer Nombre: Martha<br>Segundo Nombre: Cecilia | 7. Tipo de documento de identidad<br>CC | 8. Número del documento de identidad<br>1067096400 | 9. Sexo<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 10. Fecha de nacimiento<br>03/12/1995 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

|                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |                                                   |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 11. Etnia                                                                                                                                                                                                                                     | 12. Discapacidad<br>Tipo: F N M Condición: T P | 13. Puntaje SISBEN                                | 14. Grupo de población especial           |
| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br>AXA Colpatria                                                                                                                                                                                | 16. Administradora de Pensiones<br>Protección  | 17. Ingreso base de cotización - IBC<br>1.750.905 | Conservacioncordobaalimenta2026@gmail.com |
| 18. Residencia<br>Dirección: Buenavista<br>Municipio/Distrito: Montería<br>Zona: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/><br>Teléfono Fijo: 3135057085<br>Teléfono celular: Córdoba<br>Departamento: Córdoba |                                                |                                                   |                                           |

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<br>Primer apellido: Segundo apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: | 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad: | 22. Sexo<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 23. Fecha de nacimiento<br>D O M S A A A A |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

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

|                                                                                              |                                         |                                                |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 24. Apellidos y nombres<br>Primer apellido: Segundo apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: | 25. Tipo de documento de identidad      | 26. Número del documento de identidad          | 27. Sexo<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                 | 28. Fecha de nacimiento<br>D O M S A A A A                         |
| 29. Parentesco                                                                               | 30. Etnia                               | 31. Discapacidad<br>Tipo: E N M Condición: T P | 32. Datos de residencia<br>Municipio/Distrito: Zona: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> 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                          | 35. Tipo de documento de identificación |                                                |                                                                                                                                                                                                                                  | 36. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) |

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<br>Consorcio cordoba alimenta 2026                                                                                                                                 | 36. Tipo de documento de identificación<br>NIT | 37. Número del documento de identificación<br>902 023 336-0 | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) |
| 39. Ubicación<br>Km 3 vía planeta Rica<br>Dirección: 3105036486<br>Teléfono: consorcioalimenta2026@gmail.com<br>Correo electrónico: Montería<br>Municipio/Distrito: Córdoba<br>Departamento: |                                                |                                                             |                                                                    |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

### 40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
- Código:
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS.
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 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.

- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada afiliaciones colectivas
- ☒ 13. Movilidad: ☒ A. Régimen Contributivo  
☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen  
☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del Trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pensionado.

### 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 <input type="text"/> |                  | Número del documento de identidad <input type="text"/> | Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |
| 43. EPS anterior                                    |                  | 44. Motivo de traslado: Código <input type="text"/>    | 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

**Martha Contreras Copachero**  
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

**ALVARO SALGADO**  
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<br>Código del Municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/> | 67. Datos del SISBEN<br>Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/> | 68. Fecha de radicación<br><input type="text"/> | 69. Fecha de validación<br><input type="text"/> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

#### 70. Datos del funcionario que realiza la validación:

|                                                     |                  |                                                        |                |
|-----------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------|----------------|
| Primer apellido                                     | Segundo apellido | Primer nombre                                          | Segundo nombre |
| Tipo de documento de identidad <input type="text"/> |                  | Número del documento de identidad <input type="text"/> |                |

#### OBSERVACIONES:

Fecha Afiliación 27/01/2026