

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

No. De Radicación	Fecha de Radicación												
	<table><tr><td>D</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	D	M	A	A	A	A						
D	M	A	A	A	A								

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. 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 IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)															
A. AFILIACIÓN															
6. Apellidos y nombres Ramos Primer apellido	Garcia Segundo apellido	Maryoris Primer Nombre	Julieth Segundo Nombre												
7. Tipo de documento de identidad CC ☐	8. Número del documento de identidad 1063301220	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento <table><tr><td>D</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	D	M	A	A	A	A						
D	M	A	A	A	A										

III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos personales			
12. 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 Colpensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC 1.750.905	
18. Residencia Dirección: puerto libertador Municipio/Distrito: ☐ Zona: Urbana ☐ Rural ☐ Teléfono fijo: ☐ Teléfono celular: ☐ Correo electrónico: consorcioordobaalimenta2026@gmail.com Localidad/Comuna: Córdoba Departamento: Córdoba			

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 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 <table><tr><td>D</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	D	M	A	A	A	A						
D	M	A	A	A	A										

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 <table><tr><td>D</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	D	M	A	A	A	A						
D	M	A	A	A	A										

Datos complementarios			
29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo: ☐ E ☐ N ☐ M ☐ Condición: ☐ T ☐ P ☐	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
32. Datos de residencia			33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Municipio/Distrito	Zona Urbana ☐ Rural ☐	Departamento	34. 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 AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
35. Nombre o razón social Consorcio cordoba alimenta 2026	36. Tipo de documento de identificación MIT	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 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

Maryoris Ramos
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

56. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento	57. Datos del SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel	58. Fecha de radicación	59. Fecha de validación
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 de Afiliación 27-01-2026