

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD  
En Pos de tu bienestar

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| No. De Radicación | Fecha de Radicación |
|                   | D M A A A A A       |

|                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| I. DATOS DEL TRAMITE (Leer 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: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/><br>- Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/><br>B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <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"/>                                                                                                                                          |  |

|                                                                                                                       |  |                                                  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|--|
| II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)                                               |  |                                                  |  |
| 6. Apellidos y nombres<br>Benitez                      Espitia                      Naife                      Esther |  |                                                  |  |
| 7. Tipo de documento de identidad<br>CC                                                                               |  | 8. Número del documento de identidad<br>50957267 |  |
| 9. Sexo<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>                            |  | 10. Fecha de nacimiento<br>26 11 1973            |  |

|                                                                                |  |                                                                             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|--|
| III. DATOS COMPLEMENTARIOS                                                     |  |                                                                             |  |
| Datos personales                                                               |  |                                                                             |  |
| 11. Etnia                                                                      |  | 12. Discapacidad                                                            |  |
| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br>AXA Colpatria                 |  | 16. Administradora de Pensiones<br>Colfondos                                |  |
| 18. Residencia<br>Puerto Escondido                                             |  | 17. Ingreso base de cotización - IBC<br>1.750.905                           |  |
| Dirección                                                                      |  | Teléfono Fijo: 321500 2082                                                  |  |
| Municipio/Distrito                                                             |  | Teléfono celular: Correo electrónico: consorcioordobaalimenta2026@gmail.com |  |
| Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/> |  | Localidad/Comuna: 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                      |  |
| 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               |  |

|                                                                                     |  |                  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|--|
| Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales |  |                  |  |
| 24. Apellidos y nombres                                                             |  |                  |  |
| 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               |  |

|                       |  |           |  |
|-----------------------|--|-----------|--|
| 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 |  |                                           |  |
| C                                                                   |  | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |  |
| E                                                                   |  |                                           |  |
| B                                                                   |  |                                           |  |
| S                                                                   |  |                                           |  |

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                       |  | 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.
- ☐ 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

*Naife Benitez Espitia* 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<br>Código del Municipio: <input type="text"/> Código del departamento: <input type="text"/> | 57. Datos del SISBEN<br>Número de ficha: <input type="text"/> Puntaje: <input type="text"/> Nivel: <input type="text"/> | 58. Fecha de radicación<br><input type="text"/> | 59. 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"/>    |                  | 71. Firma del funcionario |                |
| Número del documento de identidad <input type="text"/> |                  |                           |                |

#### OBSERVACIONES:

*Fecha Afiliación 19/07/2016*