

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 [X] B. Reporte de Novedades [ ]  
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ]  
B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]  
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]  
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]  
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] 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: Tapasco, Perez, Natalia, Maria  
7. Tipo de documento de identidad: CC  
8. Número del documento de identidad: 1014177006  
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]  
10. Fecha de nacimiento: 15/02/2004

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: [ ]  
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.750.905  
18. Residencia: Dirección: Ayapel, Zona: Urbana [ ] Rural [X], Localidad/Comuna: Córdoba, Departamento: Córdoba  
Teléfono fijo: 3216400775, Teléfono celular: [ ], Correo electrónico: consorcioacordobaalimenta2026@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: [ ]  
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:  
25. Tipo de documento de identidad:  
26. Número del documento de identidad:  
27. Sexo:  
28. Fecha de nacimiento:

Datos complementarios

29. Parentesco:  
30. Etnia:  
31. Discapacidad:  
32. Datos de residencia:  
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):

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 Córdoba 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: 310 503 64 86, Teléfono: Consorcioacordobaalimenta2026@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<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | Fecha de nacimiento <input type="text"/> 4.2 Fecha <input type="text"/> |
| 43. EPS anterior                                    | 44. Motivo de traslado<br>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

*Natalia Tapasco Perez*

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 <input type="text"/> | 69. Fecha de validación <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"/> | 71. Firma del funcionario |                |

#### OBSERVACIONES:

*Fecha Afiliación 23/01/2026*