

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 ☒ 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 IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Salgado Arrieta Nelpida Del Socorro

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número del documento de identidad: 25 808 579

9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐

10. Fecha de nacimiento: 09/07/1968

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia:

12. Discapacidad: Tipo: F N L M Condición: T P

13. Puntaje SISBEN:

14. Grupo de población especial:

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: AXA Colpatina

16. Administradora de Pensiones: Colpensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1750.975

18. Residencia: Dirección: Ayapel Zona: Urbana ☐ Rural ☒ Teléfono Fijo: 3105236543 Teléfono celular: 3105236543 Correo electrónico: consorcioordobaalimenta2026@gmail.com Localidad/Comuna: Córdoba 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:

20. Tipo de documento de identidad:

21. Número del documento de identidad:

22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

23. Fecha de nacimiento: 0 2 M 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:

	D	D	M	M	A	A	A	A
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Datos complementarios

29. Parentesco:

30. Etnia:

31. Discapacidad: Tipo: E N M Condición: T P

	E	N	M	T	P
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

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):
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 AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social: Consorcio cordoba alimenta 2026

36. Tipo de documento de identificación: NI

37. Número del documento de identificación: 902 028 336-0

38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS):

39. Ubicación: KM3 VIA Planeta Rica

40. Teléfono: 3105036486

41. Correo electrónico: consorcioordobaalimenta2026@gmail.com

42. Municipio/Distrito: Montería

43. Departamento: Córdoba

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. Desvinculaciones 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

Número del documento de identidad

Sexo

Femenino

☐

Masculino

☐

Fecha de nacimiento

4.2 Fecha

DDMM

AAAA

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado

45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

44. Motivo de traslado

Código

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 acreditar 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 publicas 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

Nelida Salgado

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

Código del Municipio

Código del departamento

67. Datos del SISBÉN

Número de ficha

Puntaje

Nivel

68. Fecha de radicación

DDMM

AAAA

69. Fecha de validación

DDMM

AAAA

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 Afiliación

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.