

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 (Lee 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. Subsidado [] 4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [] C. Beneficiario [] 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [] C. Pensionado [] 6. Código (a registrar por la EPS):

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

6. Apellidos y nombres: Rivera, Florez, Sixta, Yadira 7. Tipo de documento de identidad: CC 8. Número del documento de identidad: 1066516428 9. Sexo: Femenino [X] Masculino [] 10. Fecha de nacimiento: 10/11/1989

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 Colpatricia 16. Administradora de Pensiones: Colfondos 17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.750.905 18. Residencia: Dirección: Ayoapel Municipio/Distrito Zona: Urbana [] Rural [X] Teléfono Fijo: 3147155535 Teléfono celular: Correo electrónico: consorcioordobaalimenta2026@gmail.com Localidad/Comuna: Córdoba Departamento.

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: B1, B2, B3, B4, B5 25. Tipo de documento de identidad: B1, B2, B3, B4, B5 26. Número del documento de identidad: B1, B2, B3, B4, B5 27. Sexo: Femenino [] Masculino [] B1, B2, B3, B4, B5 28. Fecha de nacimiento: B1, B2, B3, B4, B5

Datos complementarios

29. Parentesco: B1, B2, B3, B4, B5 30. Etnia: 31. Discapacidad: Tipo: E N M Condición: T P B1, B2, B3, B4, B5

32. Datos de residencia

Municipio/Distrito: B1, B2, B3, B4, B5 Zona: Urbana [] Rural [] Departamento: Teléfono Fijo y/o Celular: 33. Valor de la UPE del afiliado adicional (a registrar por la EPS):

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

C: B1, B2, B3, B4, B5 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 cordoba 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 via 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	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento		4.2 Fecha		
		Femenino ☐ Masculino ☐					
43. EPS anterior			44. Motivo de traslado		45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones		
			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 acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no intermedación 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

Sixta Rivera Florez

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 CO 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		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel			

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