

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 la registrar por la EPS

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

6. Apellidos y nombres Martínez Primer apellido	Alvarez Segundo apellido	Stefani Primer Nombre	Paola Segundo Nombre
7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 1067910346	9. sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 11 11 84

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 Colpatria	16. Administradora de Pensiones Porvenir	17. Ingreso base de cotización - IBC	
18. Residencia Montería	19. Dirección Montería	20. Teléfono Fijo	21. Teléfono celular
22. Zona Urbana ☒ Rural ☐	23. Localidad/Comuna Cordoba	24. Departamento Cordoba	25. Correo electrónico consorcio.cordoba.alimenta.2026@gmail.com

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente cotizante

26. Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
27. Tipo de documento de identidad	28. Número del documento de identidad	29. sexo Femenino ☐ Masculino ☐	30. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

31. Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
32. Tipo de documento de identidad	33. Número del documento de identidad	34. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	35. Fecha de nacimiento

V. Datos complementarios

36. Parentesco	37. Etnia	38. Discapacidad Tipo E N M Condición T P
39. Datos de residencia Municipio/Distrito	40. Zona Urbana ☐ Rural ☐	41. Departamento
42. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	43. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	44. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

VI. Datos de residencia

45. Municipio/Distrito	46. Zona Urbana ☐ Rural ☐	47. Departamento	48. Teléfono Fijo y/o Celular	49. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
50. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	51. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	53. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	54. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

VII. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

55. C	56. B	57. B	58. B	59. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
-------	-------	-------	-------	---

VIII. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

60. Nombre a razón social Consorcio Cordoba Alimenta	61. Tipo de documento de identificación NIT	62. Número del documento de identificación 902023336-0	63. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
64. Ubicación Km 3 Vía Planeta Rica	65. Teléfono 3105036486	66. Correo electrónico consorcio.cordoba.alimenta.2026@gmail.com	67. Municipio/Distrito Montería
68. Departamento Cordoba	69. Departamento Cordoba	70. Departamento Cordoba	71. Departamento Cordoba

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		☐ 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	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 intermedición 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 beneficiados 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			
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario		55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio	
Stefani Martinez		ALVARO SALGADO	
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		67. Datos del SISBEN	
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje Nivel
68. Fecha de radicación		69. 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 Afiliacion 01-19-2026			
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.			