

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. Subsidado ☐	
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 IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres Epitia Causil Onis Tatiana			
7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 1064309021	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 07/11/1987

III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos personales			
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo: F N I M Condición: J P		
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL AXA Colpatría	16. Administradora de Pensiones Porvenir	17. Ingreso base de cotización - IBC 1.750.905	
18. Residencia Dirección: Puerto Escondido Zona: Urbana ☐ Rural ☒ Municipio/Distrito: Localidad/Comuna: Córdoba Departamento: Córdoba			
Teléfono Fijo: 3104960942 Teléfono celular: Correo electrónico: consorcioordobaalimenta2026@gmail.com			

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			
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 Femenino ☐ Masculino ☐	28. Fecha de nacimiento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios			
29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de residencia
		Tipo: E N M Condición: T P	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

33. Valor de la UPE 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 AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
35. Nombre o razón social Consorcio cordoba alimenta 2026	36. Tipo de documento de identificación MIT	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	40. Teléfono 3105036486	41. Correo electrónico consorcioordobaalimenta2026@gmail.com	42. Municipio/Distrito Montefria

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. 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	Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	4.2 Fecha		
				DDMMAAAA		DDMMAAAA	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado: Código:		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 intermedión 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

Onis Espitia Causil
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 Código del Municipio: Código del departamento:		57. Datos del SISBÉN Número de ficha: Puntaje: Nivel:		58. Fecha de radicación DDMMAAAA	59. Fecha de validación DDMMAAAA
--	--	---	--	-------------------------------------	-------------------------------------

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 19/07/2026