

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	D M A A A A A

I. DATOS DEL TRAMITE (Lee 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 IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres			
Rodriguez Primer apellido	Carranza Segundo apellido	Teresa Primer Nombre	Del Carmen Segundo Nombre
7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 52390222	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 23/12/1977

III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos personales			
11. Etnia	12. Discapacidad Tipo: F N M Condición: Y P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL AXA Colpatría	16. Administradora de Pensiones Brvenir	17. Ingreso base de cotización - IBC 1.750.905	
18. Residencia			
Dirección Ayapel		3205150892 Teléfono celular	Consejo cordoba alimentaria 2026@gmail.com Correo electrónico
Municipio/Distrito	Zona Urbana ☐ Rural ☒	Localidad/Comuna	Córdoba Departamento

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			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento 00/00/00

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
B1			00/00/00
B2			00/00/00
B3			00/00/00
B4			00/00/00
B5			00/00/00

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

32. Datos de residencia			
Municipio/Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	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		35. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
S		
E		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
36. Nombre o razón social Consejo cordoba alimentaria 2026	37. Tipo de documento de identificación NIT	38. Número del documento de identificación 902 023 336-0	39. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación KM 3 vía Planeta Rica	3105036486 Teléfono	Consejo cordoba alimentaria 2026@gmail.com Correo electrónico	Montería Municipio/Distrito
			Córdoba Departamento

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. Desvinculación 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: <input type="text"/> | ☐ 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: 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

Teresa Rodriguez Carranza

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 SISBEN 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:		71. Firma del funcionario	
Número del documento de identidad:			

OBSERVACIONES:

Fecha Afiliación 19/01/2026