

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 (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

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

6. Apellidos y nombres			
Ardila		Sierra	
Primer apellido		Segundo apellido	
7. Tipo de documento de identidad		8. Número del documento de identidad	
CC		1061096870	
9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
Femenino ☒ Masculino ☐		18 02 1997	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
		Tipo: F N M Condición: T P					
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC			
AXA Colpatría		Pavesir		1.750.905			
18. Residencia		Dirección		Teléfono Fijo		Teléfono celular	
Berruista		Municipio/Distrito		3104725275		CordobaCordobaAlimenta2026@gmail.com	
Zona		Urbana ☐ Rural ☒		Localidad/Comuna		Córdoba	
						Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido		Segundo apellido	
20. Tipo de documento de identidad		21. Número del documento de identidad	
22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
Femenino ☐ Masculino ☐		D M A 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	
B1		B2	
B3		B4	
B5		B6	
27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Femenino Masculino		D M A A A A A	
B1		B2	
B3		B4	
B5		B6	
B7		B8	
B9		B10	

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad	
				Tipo Condición	
B1		B2		B3	
B4		B5		B6	
B7		B8		B9	
B10		B11		B12	
32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)			
Municipio/Distrito		Zona Urbana Rural			
B1		B2			
B3		B4			
B5		B6			
B7		B8			
B9		B10			
B11		B12			
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)			
C		B			
B		B			
B		B			

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		36. Tipo de documento de identificación		37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
Consorcio cordoba alimenta 2026		NIT		902 023 336 - 0			
39. Ubicación		30. Etnia		31. Discapacidad		32. Datos de residencia	
Km 3 vía Planeta Rica		3105036486		CordobaCordobaAlimenta2026@gmail.com		Córdoba	
Dirección		Teléfono		Correo electrónico		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. 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 ☐
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 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 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

Yenis Ardiela Sierra

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 	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 27/01/2026