

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

FECHA DE RADICACIÓN
DÍA MES AÑO

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE A. AFILIACIÓN	B. REPORTE DE NOVEDADES	2. TIPO DE AFILIACIÓN A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia <input type="checkbox"/> b) Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	C. Colectiva <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	E. Institucional <input type="checkbox"/> F. Pensionado <input type="checkbox"/>	G. DE OFICIO A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/>	3. RÉGIMEN A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	5. TIPO DE AFILIADO A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	6. TIPO DE COTIZANTE A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/>	C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7. CÓDIGO	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.N. M.S. R.C. T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. A.S. P.T.	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN T NB Otro Cual?
13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO	15. FECHA NACIMIENTO	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/>	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL <input type="checkbox"/>	GRUPO <input type="checkbox"/>	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL <input type="checkbox"/>	22. A.R.L.
23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA		26. RESIDENCIA	DIRECCIÓN				
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR				DEPARTAMENTO				
MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA CABECERA MUNICIPAL <input type="checkbox"/> CENTRO Poblado <input type="checkbox"/> RURAL DISPERSO <input type="checkbox"/> RESTO RURAL <input type="checkbox"/>	IPS						

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD S.C. C.D. P.T.	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN F M T NB Otro Cual?
32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO	PAÍS	34. FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO	

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

35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F M T NB Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO			
B1	CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT									
B2	CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT									
B3	CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT									
B4	CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT									
B5	CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT									
Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL <input type="checkbox"/> GRUPO <input type="checkbox"/>	49. DISCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL <input type="checkbox"/> CENTRO Poblado <input type="checkbox"/> RURAL DISPERSO <input type="checkbox"/> RESTO RURAL <input type="checkbox"/>
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										
TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)				
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

56. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N.I. T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.T.	57. NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
59. Ubicación		

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS 5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: 6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: 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. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS. 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. 12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS 13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES INDIVIDUALES 14. MOVIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN B) DIFERENTE RÉGIMEN 16. REPORTE DE FALLECIMIENTO 17. REPORTE DEL TRASTORNO DE PROTECCIÓN AL CESANTE 18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO 19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO 20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. 21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.
---	---	---

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD S.C. C.D. P.T.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN F M T NB Otro Cual?
64. FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(s) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
- 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
- 72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- 73. 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.
- 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- 75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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 el Decreto 1377 de 2013.
- 76. a.) Autorizo mi consentimiento explícito para que Coosalud EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.
b.) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).
- 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APPELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN F M T NB Otro Cual?

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
---	---

X. ANEXOS

- 82. Anexo copia del documento de identidad: CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT
Cantidad: Total:
- 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el 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.
- 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

