

## 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. De oficio <input type="checkbox"/>	G. 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 F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	12. SEXO IDENTIFICACIÓN F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> 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)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			30. SEXO BIOLÓGICO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	31. SEXO IDENTIFICACIÓN F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro Cual?		
32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	34. FECHA NACIMIENTO	DÍA <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> AÑO <input type="checkbox"/>	

### 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	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO						
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	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	ZONA				
B1										DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	CABECERA MUNICIPAL	CENTRO Poblado	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B2															
B3															
B4															
B5															
TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN		LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	S4. 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	61. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	62. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR	63. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO	64. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	65. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS. 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	66. DIFERENTE RÉGIMEN	67. REPORTE DE FALLECIMIENTO	68. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	69. RETIRO DEL TRABAJO DE PROTECCIÓN AL CESANTE	70. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	71. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	72. INGRESO A LA CALIDAD DE PENSIONADO	73. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	74. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.	75. INGRESO A LA CALIDAD DE PENSIONADO	76. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.	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.	79. INGRESO A LA CALIDAD DE PENSIONADO	80. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.
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. MOVIDAD	8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	9. A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	10. B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	11. A) MISMO RÉGIMEN	12. B) DIFERENTE RÉGIMEN	13. 16. REPORTE DE FALLECIMIENTO	14. 17. REPORTE DEL TRABAJO DE PROTECCIÓN AL CESANTE	15. 18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO	16. 19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO	17. 20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	18. 21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.			

### VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

### 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.	<input type="checkbox"/>
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>
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).	<input type="checkbox"/>
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.	<input type="checkbox"/>
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.	<input type="checkbox"/>

### 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

APELLOYS NOMBRES COMPLETOS		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	F	M	F	M	T	NB
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD								

### 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 <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>	Cantidad: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Total: <input type="checkbox"/>									
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.												

