

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Estamos cambiando

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 Torres	SEGUNDO APELLIDO Muñoz	PRIMER NOMBRE Luisa	SEGUNDO NOMBRE Fernanda
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 3001	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 <input type="checkbox"/> Cual?
13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO	15. FECHA NACIMIENTO	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	17. COMUNIDAD INDÍGENA CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	18. DISCAPACIDAD CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL GRUPO	22. A.R.L.
23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	DIRECCIÓN	Transversal 1 # 8-99	

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR 3157778899	luisa.torres@ejemplo.com	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 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 <input type="checkbox"/> Cual?							
32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	34. FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro? <input type="checkbox"/>	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS DEPART. MUNICIPIO	42. FECHA DE 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro? <input type="checkbox"/>	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS DEPART. MUNICIPIO	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 GRUPO	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			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				CABECERA MUNICIPAL <input type="checkbox"/> CENTRO Poblado <input type="checkbox"/> RURAL DISPERSO <input type="checkbox"/> RESTO RURAL <input type="checkbox"/>	
B2			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
B3			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
B4			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
B5			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
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

Inversiones XYZ	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 700555333-3
59. Ubicación	Avenida 1 # 1-1	3109990000 luis@xvz.com

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 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 <input type="checkbox"/> 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.	<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

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		

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.	<input type="checkbox"/>
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	<input type="checkbox"/>
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	<input type="checkbox"/>

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorización de mensajes de texto.

Yo, Luisa	Fernanda	Torres	Muñoz	identificado (a) con	R.C.	T.I.	C.C.	C.E.	S.C.	C.D.	P.E.	P.T.	
número 3001	de _____,	certifico que:											
1 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?					<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
2 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?					<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
3 ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?					<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
4 ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?					<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
5 ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?					<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Así mismo autorizo a COOSALUD EPS para que envíe información al teléfono celular No. _____ y/o correo electrónico: _____													
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://coosalud.com/sites/default/files/carta-derechos-deberes.pdf Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>													

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha de Solicitud: _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____



Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____



Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará COOSALUD EPS, en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la COOSALUD EPS S.A.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforma a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a COOSALUD EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service-, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de COOSALUD EPS S.A. y la carta de derecho de deberes. Autorizo de manera expresa a y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de COOSALUD EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.

- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de COOSALUD EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Llámanos marcando gratis desde tu celular: #922 o desde un teléfono fijo: 018000 515611
Correo: defensorusuario@coosalud.com - web: www.coosalud.com

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por COOSALUD EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de si misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

Consentimiento de donación de órganos

La Ley 1805 de agosto de 2016 en su artículo 4º establece:

"ARTÍCULO 4º. Manifestación de oposición a la presunción legal de donación. Toda persona puede oponerse a la presunción legal de donación expresando su voluntad de no ser donante de órganos y tejidos, mediante un documento escrito que deberá autenticarse ante Notario Público y radicarse ante el Instituto Nacional de Salud (INS). También podrá oponerse al momento de la afiliación a la Empresa Promotora de Salud (EPS), la cual estará obligada a informar al Instituto Nacional de Salud (INS)."

La donación es un acto voluntario por el cual una persona en vida o su familia después de la muerte autorizan la extracción de órganos y tejidos para trasplante, con el fin de ayudar a otras personas. La donación es desinteresada y altruista, ya que por ella no existe remuneración o retribución para el donante o su familia. Por cada donante de órganos y tejidos se pueden beneficiar más de 55 personas. El trasplante de órganos es un tratamiento médico por medio del cual órganos, tejidos y células enfermas son reemplazados por las

de un donante. Estos procedimientos ofrecen excelentes resultados en la calidad de vida de las personas, además de prolongarla. Es importante donar para salvar y mejorar la calidad de vida de otros colombianos que necesitan un trasplante de órganos y/o tejidos, y pueden acceder al tratamiento sin importar sexo, religión o condición económica. La donación es un acto de solidaridad de la sociedad que se devuelve a ella misma.

En virtud de lo anterior, lo invitamos a manifestar si acepta o se opone a ser donante de órganos, tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, marcando a continuación la opción por usted elegida: Yo, _____ identificado (a) con el número de identificación _____ en pleno uso de mis facultades mentales, libre de coacción física o moral, manifiesto mi voluntad libre, previa e informada acerca de ser donante de órganos, tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, decisión que será informada al Instituto Nacional de Salud (INS).

ACEPTO

Después de mi fallecimiento deseo donar:

Todos los órganos y/o tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos útiles para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos.

Solamente los siguientes órganos o tejidos:

- Corazón Pulmón
 Páncreas Piel
 Hígado Riñones
 Intestino Hueso
 Medula ósea Cornea

NO ACEPTO

Firma y huella.

(La huella será válida en caso de que éste no pueda firmar)

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ		
			\$ _____	<input type="checkbox"/> VIVIENDA PROPIA	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> AGROPECUARIO	<input type="checkbox"/> SÍ		
Nivel de	Ninguno <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>	Normalista <input type="checkbox"/>	Profesional <input type="checkbox"/>	Doctorado <input type="checkbox"/>	Posición Ocupacional	Patrón/Empleador <input type="checkbox"/>	Contratista <input type="checkbox"/>	Trabaja por su Cuenta <input type="checkbox"/>
Media académica									