


FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

		EPS - S		Numero de Radicación		Fecha de Radicación			
		COOSALUD ESS024				DÍA	MES	AÑO	

I.DATOS DEL TRAMITE Página 1 de 2

1.Tipo de Tramite				2.Tipo de Afiliación				3.Regimen							
A.Afiliación		B.Reporte de Novedades		A.Individual Cotiza		B.Individual Benefi		C.Intitucional		D.De Oficio		A.Contribu		B.Subsidi	
4.Tipo de Afiliado				5.Tipo de Cotizante											
A.Catizante		B.Cabeza Familia		C.Beneficiario		A.Dependiente		B.Independiente		C.Pensionado		Codigo a registrar por la EPS			

A.AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y Nombres															
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre						
7.Tipo de documento de iden				8.Numero de documento de iden				9.Sexo				10.Fecha de Nacimiento			
								Femenino		Masculino					

III.DATOS COMPLEMENTARIOS(datos personales**)**

11.Etnia			12.Discapacidad			13.Puntaje			14.Grupo de población especial				
			Tipo			Condición							
15.Administradora de riesgos laborales-ARL				16.Administradora de pensiones				17.Ingreso base de cotización -IBC					
18.Residencia													
Dirección			Telefono Fijo			Telefono Celular			Correo Electronico				
Municipio/Distrito				Zona				Localidad/Comuna				Departamento	
				Urbana				Rural					

IV.DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR(datos de indentificación del conyuge o compañero permanente cotizante**)**

19.Apellidos y Nombres															
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre						
20.Tipo de documento de iden				21.Numero de documento de iden				22.Sexo				23.Fecha de Nacimiento			
								Femenino		Masculino					

Datos básicos de identificación de los beneciciarios 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 iden				26.Numero de documento de iden				27.Sexo Femenino		27.Sexo Masculino		28.Fecha de Nacimiento				
B1																
B2																
B3																
B4																
B5																

Datos complementarios

29.Parentesco				30.Etnia				31.Discapacidad Tipo			F	N	M	31.Discapacidad Condición			T	P	
B1																			
B2																			
B3																			
B4																			
B5																			

32.Datos de residencia

Municipio/Distrito						Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Telefono Fijo /Celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional(aregistrar por la EPS)				
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

Selección de la ips Primaria 34.Nombre de la institución prestadora de servicios de salud IPS

C					Codigo de la lps(a registrar por la IPS)			
B								
B								
B								

V.DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORNTES DE LAS ENTIDADES RESPONBLES DE LA AFILIACIÓN COCTIVA, INTITUCIONA O DE OFICIO

35.Nombre o razón social				36.Tipo de documento de iden				36.Numero de documento de iden				38.Tipo de aportante o pagador pensines			

39.Ubicacion

Dirección				Telefono				Correo electronico				Municipio/Distrito				Departamento			

B.REPOREPORTE DE NOVEDADES

VI.DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

40.Tipo de novedad

1.Módificacion de datos básicos de identificación	2.Corrección de datos básicos de identificación
3.Actualizacion del documento de identidad	4.Actualización y correccion de los datos complementarios
5.Terminación de la inscripción en la EPS	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 lbral adquisición de cdiciones para cotizar	10.Terminac de la rlción lbral ó pdida de las cdiciones pra sguir cotiza
11.Vinculación a una entidad azada pra rlizar afilicio colectivas	12.Desvinculación de una entidad azada pra rlizar afiliaciones colectivas
13.Movilidad A.Contributivo B.Subsidiado	14.Traslado A.Mismo Régimen B.Diferente Regimen
15.Reporte de fallecimiento	16.Reporte de trámite de protección al cesante
17.Reporte de la calidad de Pre-pensinado	18.Reporte de la calidad de Pensinado

41.Datos básicos de identificacion

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre									
Tipo de dto		Nro documento		Sexo Femenino		Maculino		Fecha de Nato				42.Fecha			
43.EPS anterior		44.Motivo de traslado Código		45.Caja de compensación familiar o pagador de pensiones											

VII.DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46.Declaracion de dependencia economica de los beneficiarios y afiliados adicionales
47.Declaracion de la no obligacion de afiliarse al regimen Contributivo, Especial o de Excepción
48.Declaracion de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documento que acrediten la condición
49.Declaracion de no intermecion del cotizante,cabeza de familia,beneficiario o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicis de
50.Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia de cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios
51.Autorización para que la EPS reporte la informacion que se genere de la afiliacion o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados
52.Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios a afiliados adicionales
53.Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VIII.FIRMAS

54.El cotizante,cabeza de familia o beneficiario	55.El empleador,aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva institucinal o coficio

IX.ANEXOS

56.Anexo copia del documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad									
57.Copia del dictamen de incapacidad permanente emitida por la autoridad competente									
58.Copia del registro civil de matrimonioo de la escritura publica,acta de conciliacion o sentencia judicial que declare la union marital									
59.Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio,sentencia judicial que declare la separacionde cuerpos y escritura									
60.Copia del certificado de adopcion o acta de entrga del menor									
61.Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia									
62.Documento en el que consta la perdida de la patria potestad, o el certificadfo de defuncion de los padres a la declaracion suscrita por el coti									
63.Copia de la autorizacion de traslado por parte de la superintendencioa nacional de salud									
64.Cetificacion 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 afiliacion									

X.DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66.Identificación de la entidad territorial	67.datos del sisben	68.Fecha de radicacion	69.Fecha de validacion						
Codigo del Mpio	Codigo del Depto	Nro ficha	Puntaje	Nivel					

70.Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de iden		Numero de documento de iden		71.Firma del funcionario			

Observaciones

Recuerde que con la firma del formulario,el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capitulo VII del formulario