



No. de Radicación: 032027025 Fecha de Radicación: 03/02/2025

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Contribución solidaria Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	5. Tipo de afiliado: A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7. Código (a registrar por la EPS) <u>03</u>
---	--	---	---	--	---	---	---

**A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN** (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres <u>Hernández</u>	9. Tipo de documento de identidad <u>CC</u>	10. Número de documento de identidad <u>1075662792</u>	11. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	12. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál?
13. Nacionalidad <u>Colombiana</u>	14. Lugar de nacimiento <u>Colombia</u>	15. Fecha de nacimiento <u>21/10/1990</u>		

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

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBEN Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBEN Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Pensiones <u>Parvenir</u>	23. Ingreso base de cotización - IBC <u>1423500</u>	24. Tarifa Contribución Solidaria <u>Trans 6a # 3 - 95 T9 - 601</u>
25. Residencia <u>La Calera</u>	26. Zona Cabecera Municipal <input checked="" type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>	

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR** (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>La Calera</u> Segundo Apellido: <u>La Calera</u> Primer Nombre: <u>Karen</u> Segundo Nombre: <u>Hermandez</u>	28. Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/>	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <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"/> Cuál?
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento	34. Fecha de nacimiento		

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

B1	B2	B3	B4	B5
36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino Masculino	40. Sexo identificación F M T NB Otro Cuál?
41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	42. Fecha de nacimiento			

**Datos complementarios del Beneficiario**

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN SI NO	48. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	49. Discapacidad SI NO Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente SI NO
B1	B2	B3	B4	B5			

51. Datos de residencia Departamento: <u>La Calera</u> Municipio/ Distrito: <u>La Calera</u> Cabecera Municipal: <input type="checkbox"/> Centro Poblado: <input type="checkbox"/> Rural disperso: <input type="checkbox"/> Resto Rural: <input type="checkbox"/>	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <u>1075662792</u>			
B1	B2	B3	B4	B5

Dirección: Localidad/Comuna: Correo Electrónico:

B1	B2	B3	B4	B5
----	----	----	----	----