

1. 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. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidado <input type="checkbox"/>	4. Contribución solidaria A. Si <input type="checkbox"/> B. No <input checked="" type="checkbox"/>	5. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Beneficiario <input type="checkbox"/> C. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	6. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7. Código (a registrar por la EPS)
---	---	--	--	--	---	------------------------------------

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

8. Apellidos y nombres García fernandez Banao Lorena	9. Tipo de documento de identidad Cédula	10. Número del documento de identidad 1003381664	11. Sexo biológico Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	12. Sexo identificación Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	13. Nacionalidad colombiana
14. Lugar de nacimiento Valledupar	País Colombia	Departamento cesar	Municipio Valledupar	15. Fecha de nacimiento 30/04/2003	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBÉN Nivel 1 Grupo 4	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Sura	23. Administradora de Pensiones Proteccion	24. Ingresos por cotizaciones 1479500	25. Tarifa contribución solidaria			
26. Residencia Cra 79C #41A 46 Sur Bogotá Boyacá Kennedy	27. Teléfono fijo 327716591	28. Correo electrónico Garciafernandez3003@outlook.com				

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	28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Sexo identificación Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento	D I D I M M I A A A A A

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

35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	40. Sexo identificación Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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"/>
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Correo electrónico
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								
Dirección		Localidad / Comuna		Correo electrónico				
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Famisanar
EPS
PARA VERIFICACIÓN
1704