



01 B 14541211

No. de Radicación SAT

CÓDIGO ASESOR
Y/O PROMOTOR

A1126

AFILIACIÓN

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

CONTRIBUTIVO	☒	SUBSIDIADO	☐	CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	☐
--------------	-------------------------------------	------------	--------------------------	------------------------	--------------------------

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO Sanchez SEGUNDO APELLIDO Navarro PRIMER NOMBRE Señor SEGUNDO NOMBRE Alejandro

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	C.N.	M.S.	P.C.	T.I.	X	C.E.	S.C.	C.D.	P.E.	A.S.	P.T.	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1018 509411	9. SEXO	F	X
--------------------------------	------	------	------	------	---	------	------	------	------	------	------	----------------------------------	-------------	---------	---	---

10. FECHA NACIMIENTO	03 07 / 1999	11. NACIONALIDAD	Colombia
----------------------	--------------	------------------	----------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	CARECERA MUNICIPAL	CENTRO URBANO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL	TÉLEFONO FIJO	EXT.
Bogotá	Distrito		X				099	1

TELÉFONO MÓVIL 3102641123	CORREO ELECTRÓNICO San.rgo22@gmail.com	IPS taberib	IPS ODONTOLÓGICA taberib
------------------------------	---	----------------	-----------------------------

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

28. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS										29. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD					30. NÚMERO DE IDENTIDAD					31. NACIONALIDAD	COMUNIDAD	32. SEXO		33. FECHA DE NACIMIENTO					34. PARENTESCO	35. ETNIA	36. DISCAPACIDAD		
										CN	MR	C	TI	CC	CE	SQ	PACC	PE	A			F	M	DÍA	MES	AÑO			SI	NO	CATEGORIA DISCAPACITADA		
1																																	
2																																	
3																																	
4																																	
5																																	

37. DATOS DE RESIDENCIA

	Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono	SS. VALOR UP	SS. CODIGO IPS	ODONTOLÓGICA	C.G.	U.G.F	NIVEL	GRUPO	POBLACION
1			II R							I. II.		
2			II R							I. II.		
3			II R							I. II.		
4			II R							I. II.		
5			II R							I. II.		

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

40. Nombre o Razón Social	41. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	42. Número documento de identidad	DV 43. Tipo de aportante o pagador de pensiones
---------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	---

Senior Sanchez	N.I.	T.I.	X	C.E.	S.C.	P.A.	C.D.	P.E.	P.T.	10/18 509411	Indep
----------------	------	------	---	------	------	------	------	------	------	--------------	-------

44. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	61	Bogotá	Distr. to	CORREO ELECTRÓNICO
---------------------------	----	--------	-----------	--------------------

310264/123	0000	FECHA INICIO DE RELACION LABORAL	31/07/2025	CARGO	indop	OCCUPACION	indop	SALARIO	1423500
------------	------	----------------------------------	------------	-------	-------	------------	-------	---------	---------

IX.FIRMAS

62. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique	63. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
--	--