



190420017

(Lea las instrucciones que se encuentran al final del formulario antes de diligenciar este formulario)

## I. DATOS DEL TRÁMITE

|  |   |                                 |                           |
|--|---|---------------------------------|---------------------------|
| 1. Tipo de Trámite   | 2. Tipo de Afiliación   | 3. Régimen                      | 4. Contribución solidaria |
| A. Afiliación<br>B. Reporte de Novedades   | A. Individual<br>B. Colectiva<br>C. Institucional<br>D. De Oficio | A. Contributivo<br>B. Subsidado | Si No                     |
| 5. Tipo de Afiliado  | 6. Tipo de Cotizante  | 7. Código                       |                           |
| A. Cotizante<br>B. Cabeza de Familia<br>C. Beneficiario<br>D. Afiliado adicional | A. Dependiente<br>B. Independiente<br>C. Pensionado               | (a registrar por la EPS)        |                           |

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

|  |                                   |                                       |                    |                         |   |
|--|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------|-------------------------|---|
| 8. Apellidos y nombres   | 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | 13. Nacionalidad                                  |
| Primer Apellido<br>Segundo Apellido<br>Primer Nombre<br>Segundo Nombre |                                   |                                       | Femenino Masculino | F M T NB Otro           |   |
| Sánchez Palacios Sully Yusseth   | CC                                | 52973388                              | Femenino           | F                       | Colombiana  |
| 14. Lugar de nacimiento  | 15. Fecha de nacimiento           | 16. Municipio                         | 17. Departamento   | 18. Localidad / Comuna  | 19. Zona  |
| Colombia   | 17/04/1983                        | Quibdó                                | Chocó              | Suba                    | Cabecera Municipal / Centro Poblado / Resto Rural |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

|   |                                 |                                      |                                   |                          |   |
|---|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|---|
| 16. Etnia                                     | 17. Comunidad                   | 18. Discapacidad                     | 19. Tiene encuesta SISBEN         | 20. Clasificación SISBEN | 21. Grupo de población especial                   |
|   |                                 | Si No                                | Si No                             | Nivel Grupo              |   |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria | 26. Residencia           | 27. Dirección                                     |
|   |                                 | \$1.423.500                          |                                   |                          | CR 90A # 140-84                                   |
| 28. Teléfono Celular                          | 29. Correo Electrónico          | 30. Departamento                     | 31. Municipio / Distrito          | 32. Localidad / Comuna   | 33. Zona  |
| 3133433619                                    | davanos2@hotmail.com            | Cundinamarca                         | Bogotá                            | Suba                     | Cabecera Municipal / Centro Poblado / Resto Rural |

## 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 | 31. Sexo identificación | 32. Nacionalidad |
| Primer Apellido<br>Segundo Apellido<br>Primer Nombre<br>Segundo Nombre |                                    |                                       | Femenino Masculino | F M T NB Otro           |                  |
| 33. Lugar de nacimiento  | 34. Fecha de nacimiento            | 35. Municipio                         | 36. Departamento   | 37. Localidad / Comuna  | 38. Zona         |
|  |                                    |                                       |                    |                         |                  |

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 | 40. Sexo identificación | 41. Lugar de nacimiento     | 42. Fecha de nacimiento |
| Primer Apellido<br>Segundo Apellido<br>Primer Nombre<br>Segundo Nombre |                                    |                                       |                  | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cual      | País Departamento Municipio | D D M M A A A A         |
| B1   |                                    |                                       |                  | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cual      | País Departamento Municipio | D D M M A A A A         |
| B2   |                                    |                                       |                  | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cual      | País Departamento Municipio | D D M M A A A A         |
| B3   |                                    |                                       |                  | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cual      | País Departamento Municipio | D D M M A A A A         |
| B4   |                                    |                                       |                  | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cual      | País Departamento Municipio | D D M M A A A A         |
| B5   |                                    |                                       |                  | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cual      | País Departamento Municipio | D D M M A A A A         |

Datos complementarios del Beneficiario

|                |           |               |                                 |                           |                          |                  |                            |
|----------------|-----------|---------------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------|----------------------------|
| 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBEN | 48. Clasificación SISBEN | 49. Discapacidad | 50. Incapacidad permanente |
|                |           |               |                                 | Si No                     | Nivel Grupo              | Si No            | Si No                      |
| B1             |           |               |                                 | Si No                     | Nivel Grupo              | Si No            | Si No                      |
| B2             |           |               |                                 | Si No                     | Nivel Grupo              | Si No            | Si No                      |
| B3             |           |               |                                 | Si No                     | Nivel Grupo              | Si No            | Si No                      |
| B4             |           |               |                                 | Si No                     | Nivel Grupo              | Si No            | Si No                      |
| B5             |           |               |                                 | Si No                     | Nivel Grupo              | Si No            | Si No                      |

51. Datos de residencia

|              |                      |  |                           |   |
|--------------|----------------------|--|---------------------------|---|
| Departamento | Municipio / Distrito | Zona   | Teléfono fijo y/o celular | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
| B1           |                      | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural |                           |   |
| B2           |                      | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural |                           |   |
| B3           |                      | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural |                           |   |
| B4           |                      | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural |                           |   |
| B5           |                      | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural |                           |   |

|           |                  |                    |
|-----------|------------------|--------------------|
| Dirección | Localidad/Comuna | Correo Electrónico |
| B1        |                  |                    |
| B2        |                  |                    |
| B3        |                  |                    |
| B4        |                  |                    |



Powered by  CamScanner