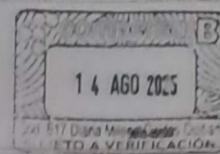


No. de Radicación: Fecha de Radicación (Día - Mes - Año)



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

1. Tipo de trámite A. Afiliación B. Reporte de novedades	2. Tipo de Afiliación A. Cotizante o cabeza de familia B. Beneficiario o afiliado adicional	3. Régimen A. Contributivo B. Subsidiado	4. Contribución solidaria A. Si B. No	5. Tipo de afiliado A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	6. Tipo de cotizante A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	7. Código (a registrar por la EPS) 59
--	---	--	---	---	---	--

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

8. Apellidos y nombres Perez Guerra Estefanía	9. Tipo de documento de identidad C.C.	10. Número de documento de identidad 1023511348	11. Sexo biológico Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	12. Sexo identificación F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál?	15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año) 02-01-1991
--	---	--	---	--	---

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 checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBEN Nivel 4 Grupo 4	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL 1023511348	23. Administradora de Pensiones Cafamend	24. Ingreso base de cotización - IBC 1423500	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia Calle 40 Sur # 13F-17 Este	27. Zona Cabecera Municipal <input 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	28. Tipo de documento de identidad	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?	34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
-------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	--	---	---

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

35. Apellidos y nombres	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 (Día - Mes - Año)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		