

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

27082025

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o cabeza de familia <input type="checkbox"/> - 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 type="checkbox"/>	5. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	6. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7. Código (se registra 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 Gutiérrez	9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 52808452	11. Sexo biológico Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	12. Sexo identificación Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	13. Nacionalidad
14. Lugar de nacimiento Bte	País Colombia	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento 19121980	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBEN Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Sura	23. Administradora de Pensiones Porvenir	24. Ingreso base de cotización - IBC \$1423500	25. Tarifa contribución solidaria	26. Residencia Cra 69P #179-41	27. Teléfono fijo 3125727199	28. Correo electrónico
29. Cuidador/a	30. Baganti	31. Engativa	32. Correo electrónico	33. Correo electrónico	34. Correo electrónico	35. Correo electrónico

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 Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	31. Sexo identificación Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento	

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
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

51. Datos de residencia

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

DAS16249
Famisanar
27 AGO 2025