

1209 2025

DATOS DEL TRAMITE

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación B. Póliza de Neutradición	2. Tipo de Afiliación A. Individual B. Colectiva C. Institucional D. Inicial	3. Régimen A. Contributivo B. Subsidiado	4. Contribución solidaria A. Si B. No	5. Tipo de afiliado A. Contributivo B. Subsidiado C. Beneficiario D. Afiliado adicional	6. Tipo de cotizante A. Desempleado B. Independiente C. Pensionado	7. Código (a completar en el SRT)
--	--	--	---	---	---	--------------------------------------

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

8. Apellidos y nombres Chaparro Mejia Karol Andrea	9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 1.024.566.785	11. Sexo biológico X	12. Sexo identificación X	13. Nacionalidad colombiana
14. Lugar de nacimiento Bogotá	15. País Colombia	16. Departamento Bogotá	17. Municipio Bogotá	18. Fecha de nacimiento 28/10/1995	

BI. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

19. Etnia	20. Comunidad	21. Discapacidad X	22. Categoría discapacidad	23. Fecha encuesta SISBEN SI	24. Clasificación SISBEN C II	25. Grupo de población especial IV
26. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Sura	27. Administradora de Pensiones Porvenir	28. Ingreso base de cotización - IBC 1.599.228	29. Tarifa contribución solidaria 3A2627300	30. Correo electrónico karol.chaparro2310@gmail.com		
31. Residencia Kr 98b # 61a 35 SUR Bogotá Bogotá Boca						

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

32. Apellidos y nombres	33. Tipo de documento de identidad	34. Número del documento de identidad	35. Sexo biológico	36. Sexo identificación	37. Nacionalidad
38. Lugar de nacimiento	39. País	40. Departamento	41. Municipio	42. Fecha de nacimiento	

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

38. Apellidos y nombres

39. Tipo de documento de identidad	40. Número del documento de identidad	41. Nacionalidad	42. Sexo biológico	43. Sexo identificación	44. Lugar de nacimiento	45. Fecha de nacimiento
------------------------------------	---------------------------------------	------------------	--------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Datos complementarios del beneficiario

46. Etnia	47. Comunidad	48. Grupo de población especial	49. Fecha encuesta SISBEN	50. Clasificación SISBEN	51. Discapacidad	52. Grupo de población especial
-----------	---------------	---------------------------------	---------------------------	--------------------------	------------------	---------------------------------

61. Lugar de nacimiento

70. Participante

- 01
- 02
- 03
- 04
- 05
- 06
- 07
- 08
- 09
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59
- 60
- 61
- 62
- 63
- 64
- 65
- 66
- 67
- 68
- 69
- 70
- 71
- 72
- 73
- 74
- 75
- 76
- 77
- 78
- 79
- 80
- 81
- 82
- 83
- 84
- 85
- 86
- 87
- 88
- 89
- 90
- 91
- 92
- 93
- 94
- 95
- 96
- 97
- 98
- 99
- 00

FAMISANAR
RADICADO
1002