

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año)

30.10.2025



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. Individual: Cotizante o cabeza de Familia ☒ C. Beneficiario o afiliado adicional ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	4. Contribución solidaria Si ☐ 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 Quintero	9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número de documento de identidad 1023003597	11. Sexo biológico Femenino ☒ Masculino ☐	12. Sexo identificación F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐	13. Nacionalidad Colombiana	14. Lugar de nacimiento Bogotá DC	15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año) 24/04/1995
------------------------------------	---	--	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	---

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad Si ☐ No ☒	19. Tiene encuesta SISBEN Si ☐ No ☒	20. Clasificación SISBEN Nivel ☐ Grupo ☐	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Postiva	23. Administradora de Pensiones Protección	24. Ingreso base de cotización - IBC 1423.500	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia calle 48m # 56-40	27. Teléfono fijo 3143564004	28. Correo electrónico alejandra-quintero2404@gmail.com	29. Municipio Bogotá DC	30. Zona Cabecera Municipal ☒ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ 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 Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
---	------------------------------------	--------------------------------------	---	---	------------------	--	---

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

B1	B2	B3	B4	B5
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
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 ☐
			41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

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	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		