



\*063254930\*

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

08/01/2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

|   |   |   |  |  |   |                                    |
|---|---|---|--|--|---|------------------------------------|
| 1. Tipo de trámite<br>A. Afiliación <input type="checkbox"/><br>B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Tipo de Afiliación<br>A. Individual<br>- Cotizante o cabeza de familia <input type="checkbox"/><br>- Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/><br>B. Colectiva <input type="checkbox"/><br>C. Institucional <input type="checkbox"/><br>D. De oficio <input type="checkbox"/> | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/><br>B. Subsidiado <input type="checkbox"/> | 4. Contribución solidaria<br>SI <input type="checkbox"/><br>NO <input checked="" type="checkbox"/> | 5. Tipo de afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/><br>B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/><br>C. Beneficiario <input type="checkbox"/><br>D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/> | 6. Tipo de cotizante<br>A. Dependiente <input type="checkbox"/><br>B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/><br>C. Pensionado <input type="checkbox"/> | 7. Código (a registrar 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<br>Primer Apellido: <u>Ortiz</u><br>Segundo Apellido: <u>Montero</u><br>Primer Nombre: <u>Polina</u><br>Segundo Nombre: <u></u> | 9. Tipo de documento de identidad<br><u>C</u> | 10. Número del documento de identidad<br><u>1033512492</u> | 11. Sexo biológico<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 12. Sexo identificación<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/><br>T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cui <input type="checkbox"/> | 13. Nacionalidad<br><u>COLOMBIANA</u> |
| 14. Lugar de nacimiento<br><u>BOGOTÁ</u>   | País<br><u>COLOMBIA</u>                       | Departamento<br><u>BOGOTÁ</u>                              | Municipio<br><u>BOGOTÁ</u>  | 15. Fecha de nacimiento<br><u>18/01/2019</u>  |                                       |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

|  |               |   |                        |  |   |                                   |
|--|---------------|---|------------------------|--|---|-----------------------------------|
| 16. Etnia  | 17. Comunidad | 18. Discapacidad<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Categoría discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBÉN<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 20. Clasificación SISBÉN<br>Nivel <input type="text"/> Grupo <input type="text"/> | 21. Grupo de población especial   |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br><u>SURA</u>   |               | 23. Administradora de Pensiones<br><u>PORTUENIR</u>                         |                        | 24. Ingreso base de cotización - IBC<br><u>\$ 1.750.405</u>                          |   | 25. Tarifa contribución solidaria |
| 26. Residencia<br>Dirección: <u>CRA 85 A # 52 A - 16 SUL</u><br>Teléfono fijo: <u>662227324</u><br>Teléfono celular: <u>3102271022</u><br>Correo electrónico: <u>julianthorac@icmail.com</u><br>Departamento: <u>BOGOTÁ</u><br>Municipio: <u>BOGOTÁ</u><br>Zona: <u>URBANA</u> |               |   |                        |  |   |                                   |

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<br>Primer Apellido: <u></u><br>Segundo Apellido: <u></u><br>Primer Nombre: <u></u><br>Segundo Nombre: <u></u> | 28. Tipo de documento de identidad | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 31. Sexo identificación<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/><br>T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cui <input type="checkbox"/> | 32. Nacionalidad |
| 33. Lugar de nacimiento   | País                               | Departamento                          | Municipio  | 34. Fecha de nacimiento<br><u>D   D   M   M   A   A   A   A</u>  |                  |

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

|  |   |
|--|---|
| 35. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: <u></u><br>Segundo Apellido: <u></u><br>Primer Nombre: <u></u><br>Segundo Nombre: <u></u>  |   |
| B1   |   |
| B2   |   |
| B3   |   |
| B4   |   |
| B5   |   |
| 36. Tipo de documento de identidad   | 37. Número del documento de identidad   |
| B1   |   |
| B2   |   |
| B3   |   |
| B4   |   |
| B5   |   |
| 38. Nacionalidad   | 39. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>                            |
| B1   |   |
| B2   |   |
| B3   |   |
| B4   |   |
| B5   |   |
| 40. Sexo identificación<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cui <input type="checkbox"/> | 41. Lugar de nacimiento<br>País <input type="text"/> Departamento <input type="text"/> Municipio <input type="text"/> |
| B1   |   |
| B2   |   |
| B3   |   |
| B4   |   |
| B5   |   |
| 42. Fecha de nacimiento<br><u>D   D   M   M   A   A   A   A</u>  |   |
| B1   |   |
| B2   |   |
| B3   |   |
| B4   |   |
| B5   |   |

Datos complementarios del beneficiario

|                |           |               |                                 |  |   |   |   |
|----------------|-----------|---------------|---------------------------------|--|---|---|---|
| 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBÉN<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 48. Clasificación SISBÉN<br>NIVEL <input type="text"/> GRUPO <input type="text"/> | 49. Discapacidad<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CATEGORÍA DISCAPACIDAD <input type="text"/> | 50. INCAPACIDAD PERMANENTE<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 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 (a registrar por la EPS) |
| B1           |                      |                    |                  |                |                    |             |                           |   |
| B2           |                      |                    |                  |                |                    |             |                           |   |
| B3           |                      |                    |                  |                |                    |             |                           |   |
| B4           |                      |                    |                  |                |                    |             |                           |   |
| B5           |                      |                    |                  |                |                    |             |                           |   |
| Dirección    |                      | Localidad / Comuna |                  |                | Correo electrónico |             |                           |   |
| B1           |                      |                    |                  |                |                    |             |                           |   |
| B2           |                      |                    |                  |                |                    |             |                           |   |
| B3           |                      |                    |                  |                |                    |             |                           |   |
| B4           |                      |                    |                  |                |                    |             |                           |   |
| B5           |                      |                    |                  |                |                    |             |                           |   |

Vigilado Supersalud

24/12/2024 V3  
disapocles 44229

Indep