

02 FEB 2025  
Sello asesor

No. de Radicación: 0070212026  
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 <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o cabeza de familia <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Contribución solidaria A. Si <input type="checkbox"/> B. No <input checked="" type="checkbox"/>	5. Tipo de afiliado: A. Cotizante <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	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 Velezquez	11. Sexo biológico Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
9. Tipo de documento de identidad C	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?
10. Número de documento de identidad 3033680809	15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año) 10-02-1986
13. Nacionalidad Colombiana	14. Lugar de nacimiento Cedonia

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)	
16. Etnia	17. Comunidad
18. Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Categoría de discapacidad	21. Grupo de población especial
19. Tiene encuesta SISBEN Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Cesopre
20. Clasificación SISBEN Nivel <input type="checkbox"/> Grupo C11	23. Administradora de Pensiones Colpensiones
24. Ingreso base de cotización - IBC 3750905	25. Tarifa Contribución Solidaria X
26. Residencia Calle 67 No. 47-046	27. Residencia Calle 67 No. 47-046
28. Teléfono Fijo 313226405	29. Correo Electrónico minayelis6@hotmail.com
30. Municipio/Distrito Bogotá D.C.	31. Zona Cabecera Municipal <input checked="" 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 Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:	30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	31. Sexo Identificación F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál?
28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	32. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento País: Departamento: Municipio:	

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		40. Sexo Identificación		41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	País	Departamento	Municipio	F	M	T	NB	Otro	Cuál?				
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		50. Incapacidad permanente	
SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	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								

53. Dirección

Localidad/Comuna		Correo Electrónico	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			