

14/02/2026

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

|                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                         |  |                                                                                 |  |                                                                        |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Tipo de Trámite<br>A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporto de Novedades                                    |  | 2. Tipo de Afiliación<br>A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva C. Institucional |  | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado |  | 4. Contribución solidaria<br>Si No <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| 5. Tipo de Afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional |  | 6. Tipo de Cotizante<br>A. Dependiente B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado                               |  | 7. Código<br>(a registrar por la EPS)                                           |  |                                                                        |  |

**II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique el afiliado adicional)**

|                                                                                                                      |  |                                                           |  |                                                     |  |                                                                              |  |                                                                              |  |                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| 8. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: COCA Segundo Apellido: BOMEZ Primer Nombre: Hector Segundo Nombre: Daniel |  | 9. Tipo de documento de identidad<br>Cedula de ciudadanía |  | 10. Número del documento de identidad<br>1019033764 |  | 11. Sexo biológico<br>Femenino Masculino <input checked="" type="checkbox"/> |  | 12. Sexo identificación<br>F M <input checked="" type="checkbox"/> T NB Otro |  | 13. Nacionalidad<br>Cual: Colombiano |  |
| 14. Lugar de nacimiento<br>País: Chiquinquirá Departamento: Boyacá Municipio: SUSA                                   |  | 15. Fecha de nacimiento<br>30/01/1989                     |  |                                                     |  |                                                                              |  |                                                                              |  |                                      |  |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |               |  |                                                                                         |  |                                                                        |  |                                         |  |                                 |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| 16. Etnia                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 17. Comunidad |  | 18. Discapacidad<br>Si No <input checked="" type="checkbox"/> Categoría de discapacidad |  | 19. Tiene encuesta SISBEN<br>Si No <input checked="" type="checkbox"/> |  | 20. Clasificación SISBEN<br>Nivel Grupo |  | 21. Grupo de población especial |  |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL                                                                                                                                                                                                                                        |  |               |  | 23. Administradora de Pensiones                                                         |  | 24. Ingreso base de cotización - IBC                                   |  | 25. Tarifa Contribución Solidaria       |  |                                 |  |
| 26. Residencia Dirección: Carrera 54 D 134 20<br>Teléfono Celular: 3103416195 Correo Electrónico: danielcoca1@hotmail.com<br>Departamento: Cundinamarca Municipio / Distrito: Bogotá Localidad / Corriente: SUSA Zona: Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Rastro Rural |  |               |  |                                                                                         |  |                                                                        |  |                                         |  | Teléfono Fijo                   |  |

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR**

|                                                                                              |  |                                    |  |                                       |  |                                          |  |                                          |  |                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|--|------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 27. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: |  | 28. Tipo de documento de identidad |  | 29. Número del documento de identidad |  | 30. Sexo biológico<br>Femenino Masculino |  | 31. Sexo identificación<br>F M T NB Otro |  | 32. Nacionalidad<br>Cual |  |
| 33. Lugar de nacimiento<br>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 |  |
|-------------------------|------------------|------------------------------------|----------------|---------------------------------------|--|------------------|--|--------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|
| Primer Apellido         | Segundo Apellido | Primer Nombre                      | Segundo Nombre |                                       |  |                  |  |                    |  |                         |  |                         |  |                         |  |
| B1                      |                  |                                    |                |                                       |  |                  |  |                    |  |                         |  |                         |  |                         |  |
| B2                      |                  |                                    |                |                                       |  |                  |  |                    |  |                         |  |                         |  |                         |  |
| B3                      |                  |                                    |                |                                       |  |                  |  |                    |  |                         |  |                         |  |                         |  |
| B4                      |                  |                                    |                |                                       |  |                  |  |                    |  |                         |  |                         |  |                         |  |
| B5                      |                  |                                    |                |                                       |  |                  |  |                    |  |                         |  |                         |  |                         |  |

| 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 |  | 50. Discapacidad permanente |  |
|----------------|--|-----------|--|---------------|--|---------------------------------|--|---------------------------|--|--------------------------|--|------------------|--|-----------------------------|--|
|                |  |           |  |               |  |                                 |  |                           |  |                          |  |                  |  |                             |  |
| B1             |  |           |  |               |  |                                 |  |                           |  |                          |  |                  |  |                             |  |
| B2             |  |           |  |               |  |                                 |  |                           |  |                          |  |                  |  |                             |  |
| B3             |  |           |  |               |  |                                 |  |                           |  |                          |  |                  |  |                             |  |
| B4             |  |           |  |               |  |                                 |  |                           |  |                          |  |                  |  |                             |  |
| B5             |  |           |  |               |  |                                 |  |                           |  |                          |  |                  |  |                             |  |

**61. Datos de residencia**

| Departamento |  | Municipio/ Distrito |  | Zona                 |                |                |              | Teléfono fijo y/o celular |  | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |  |
|--------------|--|---------------------|--|----------------------|----------------|----------------|--------------|---------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|
|              |  |                     |  | Cabecera Municipal   | Centro Poblado | Rural Disperso | Rastro Rural |                           |  |                                                                     |  |
| B1           |  |                     |  |                      |                |                |              |                           |  |                                                                     |  |
| B2           |  |                     |  |                      |                |                |              |                           |  |                                                                     |  |
| B3           |  |                     |  |                      |                |                |              |                           |  |                                                                     |  |
| B4           |  |                     |  |                      |                |                |              |                           |  |                                                                     |  |
| B5           |  |                     |  |                      |                |                |              |                           |  |                                                                     |  |
| Dirección    |  |                     |  | Localidad/ Corriente |                |                |              | Correo Electrónico        |  |                                                                     |  |
| B1           |  |                     |  |                      |                |                |              |                           |  |                                                                     |  |
| B2           |  |                     |  |                      |                |                |              |                           |  |                                                                     |  |
| B3           |  |                     |  |                      |                |                |              |                           |  |                                                                     |  |
| B4           |  |                     |  |                      |                |                |              |                           |  |                                                                     |  |
| B5           |  |                     |  |                      |                |                |              |                           |  |                                                                     |  |

A. AFILIACIÓN

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

|                                                                     |  |                                               |
|---------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|
| 53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS |  | 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
| C                                                                   |  |                                               |
| B1                                                                  |  |                                               |
| B2                                                                  |  |                                               |
| B3                                                                  |  |                                               |
| B4                                                                  |  |                                               |
| B5                                                                  |  |                                               |

|                                                                                                                            |                                      |                                            |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO |                                      |                                            |                                                                       |
| 55. Nombre o razón social                                                                                                  | 56. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
| 59. Ubicación Dirección                                                                                                    |                                      | Teléfono fijo o Celular                    |                                                                       |
| Correo Electrónico                                                                                                         | Departamento                         | Municipio / Distrito                       |                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 60. Tipo de Novedad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.<br><input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.<br><input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de aliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de aliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.<br><input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.<br><input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país. | <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado<br><input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen<br><input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.<br><input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al casado.<br><input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.<br><input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.<br><input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.<br><input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria. |

|                                                    |                                   |                         |                                                          |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------|
| VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD |                                   |                         |                                                          |
| 61. Datos básicos de identificación                |                                   | 62. Sexo biológico      |                                                          |
| Primer Apellido                                    | Segundo Apellido                  | Primer Nombre           | Segundo Nombre                                           |
| Tipo de documento de identidad                     | Número del documento de identidad | 63. Sexo identificación | 64. Fecha de nacimiento                                  |
|                                                    |                                   | F M T NB Otro           | DD MM AAAA                                               |
| 65. EPS anterior                                   | 66. Fecha de novedad              | 67. Motivo de traslado  | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|                                                    | DD MM AAAA                        | Código                  |                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <input type="checkbox"/> 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y aliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.<br><input type="checkbox"/> 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impliquen la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.<br><input type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o aliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.<br><input type="checkbox"/> 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o aliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.<br><input type="checkbox"/> 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o aliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.<br><input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.<br><input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.<br><input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sábón vigente. |  |

|                                                                                                                                                               |                  |                               |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------|----------------|
| VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA                                                                                                                                  |                  |                               |                |
| 79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria |                  |                               |                |
| Primer Apellido                                                                                                                                               | Segundo Apellido | Primer Nombre                 | Segundo Nombre |
| Tipo de documento de identidad                                                                                                                                |                  | No. de documento de identidad |                |

|                                                                                        |                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| IX. FIRMAS                                                                             |                                                                                           |
| 80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional | 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio |
| <i>Daniel Caca Ginez</i>                                                               |                                                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| X. ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad<br><input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.<br><input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.<br><input type="checkbox"/> 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.<br><input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.<br><input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.<br><input type="checkbox"/> 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.<br><input type="checkbox"/> 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 6 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 760 de 2016.<br><input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. | Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC <input checked="" type="checkbox"/> CE PA CD SC PT<br>Total Anexos |

|                                                                                    |                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE REGISTRO ESPECIAL |                                                      |
| 92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio                  | 93. Nombre de la Institución Código del departamento |

|                                                                                                           |                                   |                           |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE REGISTRO ESPECIAL |                                   |                           |                         |
| 94. Apellidos y nombres                                                                                   |                                   | 95. Firma del funcionario |                         |
| Primer Apellido                                                                                           | Segundo Apellido                  | Primer Nombre             | Segundo Nombre          |
| Tipo de documento de identidad                                                                            | Número del documento de identidad | 96. Fecha de radicación   | 97. Fecha de validación |
|                                                                                                           |                                   | DD MM AAAA                | DD MM AAAA              |

|                |
|----------------|
| OBSERVACIONES: |
|----------------|

|                                                                                                                                                                                |                     |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario |                     |                       |
| Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial                                                                                                                           | Sello de Radicación | Sticker procesamiento |

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.019.033.764

COCA GOMEZ

APELLIDOS

HECTOR DANIEL

NOMBRES

*Daniel Coca G.*

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-ENE-1989

CHIQUEQUIRA  
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.82  
ESTATURA

O+  
G.S. RH

M  
SEXO

14-JUN-2007 BOGOTÁ D.C.  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VÁZQUEZ



A-1500150-00947723-M-1019033764-20171020

0058160618A 1

9901964909