

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o cabeza de familia <input type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input checked="" type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Contribución solidaria SI <input type="checkbox"/> 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)
---	--	--	---	--	--	---	------------------------------------

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

8. Apellidos y nombres PATINO UEGA NANCY Lucila	9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 52067318	11. Sexo biológico Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	12. Sexo identificación Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	13. Nacionalidad Colombiano
14. Lugar de nacimiento Bogotá	País Colombiana	Departamento Cundinamarca	Municipio	15. Fecha de nacimiento 25/02/1972	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBÉN Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC 17750905		25. Tarifa contribución solidaria
26. Residencia calle 79#4-16		27. Teléfono fijo		3227256231 nancy uega02502722@gmail.com		
Cundinamarca Bogotá		USME 5=		Zona		

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	28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Sexo identificación Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento	0101MIRAIAIA

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

35. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Fecha de Identificación	Segunda identificación		
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	40. Sexo identificación Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	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 SISBÉN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	48. Clasificación SISBÉN Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	49. Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
Dirección		Localidad / Comuna		Teléfono fijo y/o celular		Correo electrónico	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

