



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado

1060420261

190345243

Nuestro compromiso es contigo.
NIT. 800.251.440-6

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite

A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades

5. Tipo de Afiliado

A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia
C. Beneficiario D. Afiliado adicional

2. Tipo de Afiliación

A. Individual ☒ B. Colectiva
C. Institucional

6. Tipo de Cotizante

A. Dependiente ☒ B. Independiente
C. Pensionado

3. Régimen

A. Contributivo ☒
B. Subsidiado

4. Contribución solidaria

Si No

7. Código

(a registrar por la EPS)

03

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

3. Apellidos y nombres

Primer Apellido Segundo Apellido

HALAGÓN

HAHECHA

Primer Nombre

LEDY

Segundo Nombre

LORENA

4. Tipo de documento de identidad

CC

10. Número del documento de identidad

1024466924

11. Sexo biológico

Femenino ☒ Masculino

12. Sexo identificación

F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro

13. Nacionalidad

COLOMBIANA

Cuál

15. Fecha de nacimiento

03/09/1986

4. Lugar de nacimiento

BOGOTÁ

País

COLOMBIA

Departamento

BOGOTÁ

Municipio

BOGOTÁ

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

6. Etnia

17. Comunidad

18. Discapacidad

Si No

Categoría de discapacidad

19. Tiene encuesta SISBEN

Si No

20. Clasificación SISBEN

Nivel Grupo

21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

23. Administradora de Pensiones

\$1.750.905

25. Tarifa Contribución Solidaria

Teléfono Fijo

26. Residencia Dirección

CL 62 B SUR # 71 D 47

Teléfono Celular

3029986618

Correo Electrónico

lorenahalagon@gmail.com

Departamento

BOGOTÁ

Municipio / Distrito

BOGOTÁ

Localidad / Comuna

Zona

Cabecera Municipal ☒ Rural Disperso

Centro Poblado Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

17. Apellidos y nombres

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

4. Tipo de documento de identidad

29. Número del documento de identidad

30. Sexo biológico

Femenino Masculino

31. Sexo identificación

F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro

Cual

32. Nacionalidad

Lugar de nacimiento

País

Departamento

Municipio

34. Fecha de nacimiento

DOMINICANA

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

Apellidos y nombres

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

4. Tipo de documento de identidad

37. Número 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

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco

44. Etnia

45. Comunidad

46. Grupo de población especial

Si No

47. Tiene encuesta SISBEN

Si No

48. Clasificación SISBEN

Nivel Grupo

49. Discapacidad

Si No

50. Incapacidad permanente

Si No