



* 5 0 0 2 0 6 0 4 6 8 *

No. DE RADICACIÓN

5002060468

Fecha de Radicación

24/01/2018

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: <input type="checkbox"/> -Cotizante o Cabeza de Familia -Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva <input 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. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS) <input type="text"/>	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Lopez Mesa		7. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		8. Número del documento de identidad 4210587		9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento 13/11/1983	
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	------------------------------------	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia <input type="text"/>		12. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>		13. Puntaje SISBEN <input type="text"/>		14. Grupo de población especial <input type="text"/>	
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL Ninguno		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización -IBC 781242			
18. Residencia M3 + 6011		Teléfono fijo 3152474938		Correo electrónico			
Municipio/Distrito D/da		Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad/Comuna villa de marcos		Departamento D/da	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres		20. Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		21. Número del documento de identidad		22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		23. Fecha de nacimiento	
-------------------------	--	---	--	---------------------------------------	--	--	--	-------------------------	--

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

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Femenino	Masculino				
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>		32. Datos de residencia Municipio/Distrito Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento Teléfono Fijo y/o celular		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
IPS Dosquebradas		000 Dosquebradas	
B			
B			
B			
B			
B			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación		37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
Claudia Marcela		<input type="text"/>		4210587			
39. Ubicación M3 + 6011 Dirección		Teléfono 3152474938		Correo electrónico		Municipio/Distrito Departamento	