

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES  
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



|                   |  |                     |  |
|-------------------|--|---------------------|--|
| No. de Radicación |  | Fecha de Radicación |  |
|                   |  | DD/MM/AAAA          |  |

**I. DATOS DEL TRÁMITE** (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

|                         |                                  |                 |                      |                      |                                 |
|-------------------------|----------------------------------|-----------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|
| 1. Tipo de trámite      | 2. Tipo de Afiliación            | 3. Régimen      | 4. Tipo de afiliado  | 5. Tipo de cotizante | Código (a registrar por la EPS) |
| A. Afiliación           | A. Individual                    | A. Contributivo | A. Colizante         | A. Dependiente       |                                 |
| B. Reporte de Novedades | B. Colectivo a cabeza de familia | B. Subsidio     | B. Cabeza de familia | B. Independiente     |                                 |
|                         | C. Institucional                 |                 | C. Beneficiario      | C. Pensionado        |                                 |
|                         | D. De oficio                     |                 |                      |                      |                                 |

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

|                        |                                   |                                     |          |                         |
|------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------|-------------------------|
| 6. Apellidos y nombres | 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número de documento de identidad | 9. Sexo  | 10. Fecha de nacimiento |
| Ricaurte               | cc                                | 1057573018                          | Femenino | 22/12/1986              |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)**

|                                      |                       |                    |                                 |                                               |                                 |
|--------------------------------------|-----------------------|--------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------|
| 11. Etnia                            | 12. Discapacidad      | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|                                      |                       |                    |                                 | positiva                                      | colpensiones                    |
| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia        | 19. Dirección      | 20. Teléfono fijo               | 21. Teléfono celular                          |                                 |
|                                      | calle 60 sur # 77G-47 | Bogotá             |                                 | 3017093360                                    |                                 |
| Correo electrónico                   |                       | Zona Urbana        | Rural                           | Localidad / Correo                            | Departamento                    |
| dianamabel@hotmail.com               |                       |                    |                                 | Bogotá                                        |                                 |

**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 | 21. Número de documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
| Perez                   | cc                                 | 1057572341                           | Femenino | 27/08/2021              |

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

| 24. Apellidos y nombres | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número de documento de identidad | 27. Sexo       |
|-------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|----------------|
| Primer Apellido         | Segundo Apellido                   | Primer Nombre                        | Segundo Nombre |
| B1. Perez               | Ricaurte                           | Emmy                                 | Salome         |
| B2.                     |                                    |                                      |                |
| B3.                     |                                    |                                      |                |
| B4.                     |                                    |                                      |                |
| B5.                     |                                    |                                      |                |

| 28. Fecha de nacimiento | 29. Parentesco | 30. Etnia            | 31. Discapacidad | 32. Datos de residencia | 33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|-------------------------|----------------|----------------------|------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Tipo                    | Condición      | Municipio / Distrito | Zona Urbana      | Rural                   | Departamento                                                    |
| B1. 10/11/2015          | Hija           | Bogotá               | X                |                         | Bogotá                                                          |
| B2.                     |                |                      |                  |                         |                                                                 |
| B3.                     |                |                      |                  |                         |                                                                 |
| B4.                     |                |                      |                  |                         |                                                                 |
| B5.                     |                |                      |                  |                         |                                                                 |

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

|                                                                     |                                                                    |                                         |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS | 35. Nombre o razón social                                          | 36. Tipo de documento de identificación |
| Col.                                                                |                                                                    |                                         |
| B.                                                                  |                                                                    |                                         |
| B.                                                                  |                                                                    |                                         |
| B.                                                                  |                                                                    |                                         |
| 37. Número del documento de identificación                          | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) |                                         |
|                                                                     |                                                                    |                                         |
| 39. Ubicación                                                       | Dirección                                                          | Teléfono                                |
|                                                                     |                                                                    |                                         |
|                                                                     | Correo electrónico                                                 | Urbanidad / Ciudad                      |
|                                                                     |                                                                    | Departamento                            |

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

|                                                        |                                                                                           |                                                  |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 40. Tipo de Novedad                                    | 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales                                  | 13. Movilidad                                    |
| 1. Modificación datos básicos de identificación        | 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales                                  | A. Régimen Contributivo                          |
| 2. Corrección datos básicos de identificación          | 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar                   | B. Régimen Subsidio                              |
| 3. Actualización documento de identidad                | 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando | 14. Traslado                                     |
| 4. Actualización y corrección de datos complementarios | 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas            | A. Mismo Régimen                                 |
| 5. Terminación de la inscripción en la EPS             | 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas        | B. Diferente Régimen                             |
| 6. Reinscripción en la EPS                             |                                                                                           | 15. Reporte por fallecimiento                    |
|                                                        |                                                                                           | 16. Reporte del trámite de protección al cesante |
|                                                        |                                                                                           | 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado      |
|                                                        |                                                                                           | 18. Reporte de la calidad de Pensionado          |

**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

|                                     |                                                          |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 41. Datos básicos de identificación | 42. Fecha                                                |
| Primer Apellido                     | DD/MM/AAAA                                               |
| Segundo Apellido                    |                                                          |
| Primer Nombre                       |                                                          |
| Segundo Nombre                      |                                                          |
| 43. EPS anterior                    | 44. Motivo de traslado                                   |
|                                     | Código                                                   |
|                                     | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|                                     |                                                          |

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

|                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.                                                                                     | 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.      |
| 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.                                                                         | 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. |
| 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.             | 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.                                                                                                               |
| 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.          |                                                                                                                                                                                                                             |
| 50. 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 afiliados adicionales. |                                                                                                                                                                                                                             |

**VIII. FIRMAS**

|                                                    |                                                                                                             |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El representante, representante o entidad responsable de la entidad colectiva institucional o de Oficio |
|                                                    |                                                                                                             |

**IX. ANEXOS**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 56. Anexo copia del documento de identidad: CN <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> Cant. <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.                                                                                                                     |
| 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 62. 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. |
| 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.                                                                                              |
| 59. 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.                                                                                          |
| 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 65. 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.                           |

**X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

|                                                     |                                  |                         |                         |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 66. Identificación de la entidad territorial        | 67. Datos del SISBEN             | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
| Código del municipio                                | Número de la ficha               | DD/MM/AAAA              | DD/MM/AAAA              |
| Código del departamento                             | Puntaje                          |                         |                         |
|                                                     | Nivel                            |                         |                         |
| 70. Datos del funcionario que realiza la validación | 71. Firma del funcionario        |                         |                         |
| Primer Apellido                                     | Segundo Apellido                 | Primer Nombre           | Segundo Nombre          |
|                                                     |                                  |                         |                         |
| Tipo de documento de identidad                      | Número de documento de identidad |                         |                         |
|                                                     |                                  |                         |                         |
| OBSERVACIONES:                                      |                                  |                         |                         |
|                                                     |                                  |                         |                         |

Requiere 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.



**FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)**

Huell

La protección de datos personales en Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y así mismo, cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.