EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JHOJAN ANDREY CAICEDO MORA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1074929915, se encuentra No Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'JHOJAN ANDREY CAICEDO MORA' NIT 777777777777, Actualmente registra Activo en el Regimen Subsidiado de Salud RS con proceso de movilidad al Plan de Beneficios de Salud PBS, según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20260114	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 14 días del mes de Enero de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN LE INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: JIMENA ORIGUA

CER-AFI 31142044

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

Scanned with CamScanner

81	VERGARA ESE HOSP STA BARBARA DE VERGARA	3091
82		
83		
84		
85		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	JHOJAN ANDREY CAICEDO MORA	
56. Tipo de documento de identificación: CC	57. Número del documento de identificación: 1074929915	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones la registrar por la EPS
59. Ubicación		

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Tipo de documento de identidad	62. Número de documento de identidad	63. Sexo biológico: Femenino / Masculino	63. Sexo identificación: F / M / T / NB / Otro / Cuál?
64. Fecha de nacimiento Día - Mes - Año	65. EPS anterior		
66. Fecha de novedad Día - Mes - Año	67. Motivo de traslado Cod.	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 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 afiliados adicionales.
- [X] 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.
- [X] 75. 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.
- [X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén 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

Apellidos y nombres			
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad		

IX. FIRMAS

Jhojan C.	
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

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN MC TI CE PA CE CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 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.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia.
- [ ] 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.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 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.

Total Anexos:

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario	

96. Fecha de radicación Día - Mes - Año	97. Fecha de validación Día - Mes - Año
14/01/2026	

OBSERVACIONES

CC. 1074929915

14 ENE 2026

Cód. 350 Jirena Origua R.
SUJETO A VERIFICACIÓN

FOR-EPSVTA-0002 V002

Recuerda 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

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

Scanned with CamScanner

compensar | salud eps

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

14 ENE 2026
Cód. 350 Jirdena Origua R.
SUJETO A VERIFICACIÓN

No de Radicación: 509095011478
Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 14 - 01 - 2026

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 Cotización solidaria	5 Tipo de afiliado	6 Tipo de cotizante	7 (Código a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual • Cotizante o Cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	SI [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [ ]	59
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	NO [X]	B. Cabeza de Familia [ ]	B. Independiente [X]	
	B. Colectiva [ ]			C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	
	C. Institucional [ ]			D. Afiliado adicional [ ]		
	D. De oficio [ ]					

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

8 Apellidos y nombres			
	Collado	Mora	Jhojan Andrey

9 Tipo de documento de identidad	10 Número de documento de identidad	11 Sexo biológico	12 Sexo identificación	13 Nacionalidad	14 Lugar de nacimiento	15 Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
CC	1079929915	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?	Colombia	Bogotá	22/12/1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16 Etnia	17 Comunidad	18 Discapacidad	19 Tiene encuesta SISBÉN	20 Clasificación SISBÉN	21 Grupo de población especial	22 Administradora de Riesgos Laborales - ARL
		SI [ ] NO [X] Categoría de discapacidad	SI [ ] NO [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]		Positiva

23 Administradora de Pensiones	24 Ingreso base de cotización - IBC	25 Tarifa Contribución Solidaria	26 Residencia
(dependiente)	1750.905		Vergara. Cundinamarca

Teléfono fijo y/o celular	Correo electrónico	Zona	
3209462480	Collado.jhojan349@gmail.com	Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [X]	
Vergara	Vereda. Montegrande		

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 de documento de identidad	30 Sexo biológico	31 Sexo identificación	32 Nacionalidad	33 Lugar de nacimiento	34 Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?			

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

	35 Apellidos y nombres			
01				
02				
03				
04				
05				

	36 Tipo de documento de identidad	37 No. del documento de identidad	38 Nacionalidad	39 Sexo biológico		40 Sexo identificación						41 Lugar de nacimiento			42 Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
01															
02															
03															
04															
05															

Datos complementarios del Beneficiario

	43 Parentesco	44 Etnia	45 Comunidad	46 Grupo de población especial	47 Tiene encuesta SISBÉN		48 Clasificación SISBÉN		49 Discapacidad			50 Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
01													
02													
03													
04													
05													

	51 Datos de residencia						52 Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular
01							
02							
03							
04							
05							

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

V002
OR-EPSVTA-0002