compensar | salud eps

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

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 19-01-2026

19 ENE 2026
Cod 612 Leidy Johana Bedoya Rincon
SUJETO A VERIFICACIÓN
Sello asesor

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. Contribución 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 [ ]	A. Contributivo [X]	Si [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [ ]	59
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	No [ ]	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			
Primer Apellido: Ramirez	Segundo Apellido: Diaz	Primer Nombre: Maryury	Segundo Nombre:

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	1.030.530.464	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?	Colombiana	País: Colombia; Departamento: Cundinamarca; Municipio: Bogotá DC	09/11/1986

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 [X] No [ ]	Nivel [ ] Grupo C		Positiva.

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
Porvenir	1.750.905		Dirección: Cra 96G # 18-32

Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	Departamento
	3219646519	maryudiaz0986@gmail.com	Cundinamarca.

Municipio/ Distrito	Localidad/Comuna	Zona				
Bogotá D.C	Fontebón.	Cabecera Municipal [X]	Centro Poblado [ ]	Rural Disperso [ ]	Resto Rural [ ]	

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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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?		País / Departamento / Municipio	

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

35. Apellidos y nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1	Gomez	Ramirez	Gretchen	Lorena
B2	Gomez	Ramirez	Laura	Nathaly
B3	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B4	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B5	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

	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	
B1	T.I	1013127820	Colombiana	X		X						Colombia	Cundinamarca	Bogotá	12/08/2009
B2	C.C.	1014091219	Colombiana	X		X						Colombia	Cundinamarca	Bogotá	27/01/2006
B3															
B4															
B5															

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
B1	Hija) H					X				X			X
B2	Hija) H					X				X			X
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia						Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural		
B1	Cundinamarca	Bogotá D.C	X				3219646519	
B2	Cundinamarca	Bogotá D.C.	X				3219646519	
B3								

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARYURY RAMIREZ DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.530.464**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.